# *Kopfschmerzkalender*

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
www.dmkg.de

**Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente, die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:**

A:_____

B:_____

C:_____

**Monat**_____

**Schmerzstärke: 0-10 Punkte**
(0= kein Schmerz, 10= stärkster Schmerz)

**Vorboten:**
**F** Flimmersehen
**G** Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
**S** Sprachstörung
❍ Anderes Symptom:
_____
✱ noch ein anderes Symptom:
_____

**Dauer der Schmerzen:**
Geben Sie die Dauer in Stunden an

**Auslöser für Ihren Schmerz**
1 Aufregung /Stress
2. Erholungsphase
3.Änderung im Schlaf-Wach Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser
_____
6. Ein weiterer persönlicher Auslöser
_____

**Andere Begleitsymptome:**
T Augentränen
R Augenrötung
N Nasenlaufen / -Verstopfung

| Schmerzart und Ort | | | | | | | | | Begleitsymptome | | | | | | | Anzahl der | Hat Ihnen das Mittel geholfen ? | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tag | Auslöser | Stärke | Dauer (h) | Pulsierend/ stechend | Dumpf/ drückend | Einseitig | Beidseitig | Vorboten | Erbrechen | Übelkeit | Lärmscheu | Lichtscheu | Geruchsempfindlich | Andere Symptome | Medikament | Tropfen / Tabletten / Zäpfchen | Ja | Nein | Wenig | Tag |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 17 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 20 |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23 |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 24 |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25 |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 26 |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 27 |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 28 |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 29 |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 31 |