

Kopfschmerzkalender



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

www.dmkg.de

Ihre Akutmedikamente:

A: _____
 B: _____
 C: _____

Ihre Prophylaxe:

D: _____
 E: _____
 F: _____

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

Auslöser für Ihren Kopfschmerz:

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser:

Migräneaura:

- F**S Flimmersehen
- G** Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
- S** Sprachstörung
- O** Anderes Symptom:

Anderer Begleitsymptome:

- T** Augentränen
- R** Augenrötung
- N** Laufende/verstopfte Nase

Kennen Sie schon unseren Kopfschmerzkalender fürs Smartphone?

Die DMKG-App gibt es kostenlos für Android und iOS.

Tag	Schmerzart und Ort								Begleitsymptome						Akutmedikament und Dosis	Wirkung			Bemerkung
	Kopfschmerzen (x=Ja)	Stärke	Dauer (Stunden)	Pulsierend/pochend	Dampf/drückend	Einseitig	Beidseitig	Auslöser	Migräneaura	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchsempfindlich		Anderer Symptome	Gut	Mittel	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			