Interdisziplinäres Schmerzzentrum Berlin

***Kopf* - Schmerzzentrum**

Kopfschmerztagebuch

Name: ……..

Vorname: ……..

Monat:				Jahr:
1	2	3	4	2008
5	6	7	8	2009
9	10	11	12	2010

Bitte verwenden Sie folgende Zahlen bzw. Buchstaben zum Füllen der Spalten "Auslöser" und "Präparat":

(a) Psychische und körperliche Auslöser:

1 Aufregung oder Stress
2 Erholungsphase
3 Änderung Schlafrhytmus
4 Menstruation
5 andere: ……
6 andere: ……

(b) Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

A Käse
B Alkoholische Getränke
C Schokolade
D Kaffee, Cola
E andere: ……
F andere: ……

(c) Eingenommene Kopfschmerz-/ Migränemittel

A ……
B ……
C ……
D ……

(bitte Namen angeben)

Tag	Schmerzstärke				Dauer in Stunden			Schmerzart					Begleiterscheinungen					Auslöser	Kopfschmerz-/Migränemittel							Tag
																			Präparat	Dosierung			Wirksamkeit			
	keine	leicht	mittel	stark	weniger als 6	7-12	länger als 12	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Verstärkung d. körp.	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Zahl bzw. Buchstabe (c) eintragen	Buchstabe laut (c) eintragen	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	wenig	nein	
	(bitte ankreuzen)																			Anzahl						
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

(nach dem Kopfschmerzkalender der Deutschen Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft e.V. (DMKG) Region Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern)