

Kopfschmerzkalender

Name:

Geburtsdatum:

Datum

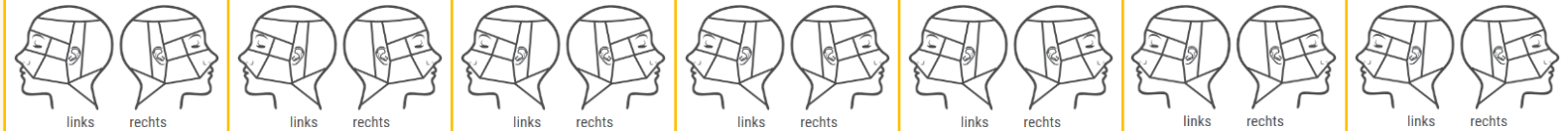
Wie stark waren die Kopfschmerzen?



Wann und wie lange hattest du Kopfschmerzen?



Wo tat es weh?



Wie waren die Kopfschmerzen?

hämmernd (H) – pulsierend (P) – drückend/dumpf (D) – stechend (S)

Begleiterscheinungen?

Übelkeit (Ü) – Erbrechen (E) – Bauchschmerz (B) – Schwindel (S) – Lichtempfindlichkeit (Li) – Lärmempfindlichkeit (Lä) – Geruchsempfindlichkeit (G)

Vorboten/Aurasymptome?

Sehstörungen (S) – Gefühlsstörungen (G) – Sprechstörungen (SP)

Auslöser bzw. Verstärkung durch ...?

Wetter
Sport bzw. körperliche Anstrengung
Stress/Druck/Ärger in der Schule/zu Hause
bestimmte Lebensmittel

Musstest du Schule ausfallen lassen?

ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

War deine Freizeit beeinträchtigt?

ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Hast du Medikamente genommen?

Welches Medikament? Welche Dosis?
Hat das geholfen? Wie schnell?

Was hat dir sonst noch geholfen?