

# Kopfschmerztagebuch

Dokumentation von Häufigkeit, Dauer, Intensität und möglichen Auslösern

| NAME | GEBURTSDATUM | ZEITRAUM VON – BIS |
|------|--------------|--------------------|
|      |              |                    |

[illegible]

## Hinweise zum Ausfüllen

Stärke: 0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz.

Lokalisation: einseitig links/rechts, beidseitig, Stirn, Nacken, hinter dem Auge.

Art: pulsierend/pochend, drückend, stechend, dumpf.

Begleitsymptome: Übelkeit, Erbrechen, Licht- oder Lärmempfindlichkeit, Aura, Sehstörung, Tränenfluss.

Auslöser: Schlafmangel, Stress, Menstruation, Wetter, Alkohol, bestimmte Speisen, Bildschirmarbeit.

Bitte auch beschwerdefreie Tage eintragen – der Verlauf ist ebenso aussagekräftig wie der einzelne Anfall.

### Wichtig

Bei plötzlich einsetzendem, außergewöhnlich starkem Kopfschmerz – dem stärksten Ihres Lebens – sofort den Notruf 144 wählen. Das gilt auch bei begleitender Lähmung, Sprach- oder Sehstörung.