

Schmerzart und -Ort														Begleitsymptome					War das Mittel wirksam?		
Tag	Auslöser ¹	Stärke ²	Dauer ³ (h)	pulsierend / stechend	dumpf / drückend	einseitig	beidseitig	Vorboten ⁴	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	geruchs-empfindlich	andere Symptome ⁵	Medikament ⁶	Tropfen/ Tabletten/ Zäpfchen (Anzahl)	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

Bitte tragen Sie hier den Monat ein:

¹Auslöser 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

²Schmerzstärke: 0 - 10 Punkte (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

³Dauer der Schmerzen: Geben Sie die Dauer in Stunden an

⁴Vorboten:

- F = Flimmersehen
- G = Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
- S = Sprachstörung
- A = Anderes Symptom:

- N = noch ein anderes Symptom:

⁵Andere Begleitsymptome:

- T = Augentränen
- R = Augenrötung
- N = Nasenlaufen / -Verstopfung

⁶Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente, die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:

A:

B:

C: