gendolla

Praxis für Neurologie,
Psychosomatik, Psychiatrie,
Nervenheilkunde, Psychotherapie
und Spezielle Schmerztherapie

Am Alfredusbad 2
45133 Essen

Telefon 0201.1700350

info@praxis-gendolla.de
www.praxis-gendolla.de

# Kopfschmerz-Tagebuch

**Name:** _____ **Monat:** _____

| Tag | Schmerz-stärke | | | | Dauer in Stunden | | | Schmerzart | | | | Begleiterscheinungen | | | | | Schmerzver-stärkung bei körperlicher Aktivität? | | Auslöser | Arzneimittel | | | | | | | Tag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Präparat | Darreichungsform | | | Wirksamkeit | | | |
| | keine | leicht | mittel | stark | weniger als 6 | 7 - 12 | länger als 12 | pulsierend/ pochend | dumpf/ drückend | beidseitig | einseitig | Übelkeit | Erbrechen | Lärmscheu | Lichtscheu | Sehstörungen | ja | nein | Zahl bzw. Buchstabe laut (a),(b) eintragen | Buchstabe laut (c) eintragen | Tropfen | Tabletten | Zäpfchen | ja | wenig | nein | |
| | (bitte ankreuzen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (bitte Anzahl angeben bzw. ankreuzen) | | | | | | |
| 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 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 Schlafrhythmus
4 Menstruation
5 andere: _____

**(b) Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser**

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

**(c) Eingenommene Arzneimittel**

A _____
B _____
C _____
*(bitte Namen angeben)*

nach dem Kopfschmerzkalender der Deutschen Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft e.V. (DMKG)