DEUTSCHE MIGRÄNE-
UND KOPFSCHMERZ-
GESELLSCHAFT

Kopfschmerz-Kalender

Dr. med. Lukas Schmitt
Facharzt für Neurologie
Spezielle Schmerztherapie
Qualitätsmanagement
Sportmedizin

Schmerzstärke: (maximal)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
leicht - - - - - - - - - stark

Dauer:
.... Stunden

Auslöser:
Psychische/körperliche Auslöser:
1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung Schlafrhythmus
4. Menstruation
5. .....
6. .....

Nahrungsmittel:
a. Käse
b. Alkohol
d. Kaffee/Cola
e. .....
f. .....

Medikamente:
A. .....
B. .....
C. .....

MONAT.....

	Schmerzart und Ort						Begleitsymptome								Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Tag	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
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								