

Legende

Vorboten

F: Flimmersehen

G: Gefühlsstörung

S: Sprachstörung

A: Anderes Symptom: _____

AA: Weiteres Symptom: _____

Auslöser

1: Aufregung/Stress

2: Erholungsphase

3: Änderung des Schlaf-/Wach Rhythmus

4: Menstruation

5: Anderer Auslöser: _____

6: Weiterer Auslöser: _____

Schmerzstärke Skala von 0–10

0 = Keine Schmerzen

10 = Stärkster vorstellbarer Schmerz

Andere Begleitsymptome

T: Augentränen

R: Augenrötung

N: Nasenlaufen/-Verstopfung

Medikamente

Bitte vermerken Sie die Medikamente, die Sie bei Kopfschmerzen/Migräne einnehmen

A: _____

B: _____

C: _____



IHR MIGRÄNETAGEBUCH

| Tag | Vorboten | Schmerzart/-dauer/-ort | | | | | | | Begleitsymptome | | | | | | Medikament | | | Ausfall Arbeit/ Schule/ Haushalt | Tag |
|-----|----------|------------------------|-------------|-----------|--------------------------|---------------------|-----------|------------|-----------------|----------|-----------|------------|-------------------------|--------------------|------------|---|---|--|-----|
| | | Auslöser | Stärke 0-10 | Dauer (h) | Pulsierend + stechend | Dampf + drückend | Einseitig | Beidseitig | Erbrechen | Übelkeit | Lärmscheu | Lichtscheu | Geruchs- empfindlich | Andere Symptome | Medikament | Medikament hilfreich? Ja = 1 Nein = 0 Wenig = w | Anzahl Tropfen/ Tabletten/ Zäpfchen | | |
| 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 | |

Gesamtzahl
Kopfschmerztag

Bitte entsprechend ausfüllen bzw. ankreuzen. Weitere Informationen und eine Legende für das korrekte Ausfüllen des Tagebuchs finden Sie auf der Rückseite.