



MEIN KOPFSCHMERZTAGEBUCH

Monat / Jahr

1) Schmerzstärke

- + = stark
- o = mittel
- = leicht

Tragen Sie bitte das passende Symbol ein.

2) Begleiterscheinungen

1. Übelkeit
2. Erbrechen
3. Lichtempfindlichkeit
4. Lärmempfindlichkeit
5. Sehstörungen

3) Schmerzauslöser

6. Stress oder Erholung
7. Essen
8. gestörter Schlaf-/Wachrhythmus
9. Menstruation
10. andere Auslöser z.B.

Tragen Sie bitte die passende Zahl oder Text ein.

Tag	Uhrzeit	Stärke ¹⁾	Schmerzcharakter		Seite		Begleiterscheinungen	vermuteter Schmerzauslöser	Medikamente	Wirkung		
			pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Beispiele ²⁾	Beispiele ³⁾	Präparat/ Dosis	gut	mittel	schlecht
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

