ABF APOTHEKE

Ihr persönlicher Kopfschmerzkalender

Monat: _____

Bitte vermerken Sie Medikamente, die Sie bei Kopfschmerz einnehmen:

Med. 1: _____

Med. 2: _____

Med. 3: _____

Beurteilung der Schmerzstärke:
0 = kein Schmerz
10 = sehr starker Schmerz

Vorboten der Kopfschmerzattacke:
F = Flimmersehen, S = Sprachstörung
M = Missempfindungen (Kribbeln, etc.)
* = weiteres Symptom: _____
° = weiteres Symptom: _____

Dauer der Schmerzen (in Stunden)

Schmerzauslöser:
A = Stress/Aufregung
B = Menstruation
C = Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
D = Erholungsphase
E = Weiterer Auslöser: _____
F = Weiterer Auslöser: _____

Andere Begleitsymptome:
T = Augentränen
R = Augenrötung
N = Verstopfte/laufende Nase

Schmerzart und -Ort									Begleitsymptome							Anzahl der	Hat das Mittel geholfen?		
Tag	Auslöser	Dauer (h)	Stärke	Stechend/ pulsierend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs-empfindlich	Andere Symptome	Medikament	Tropfen/ Tabletten/ Zäpfchen	Ja	Nein	Wenig
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																			