



Kopfschmerztagebuch

(zum Ausschneiden)

Beginn und Ende der Kopfschmerzen

(bitte markieren)

Uhrzeit/Datum

Uhrzeit/Datum

Stärke der Kopfschmerzen

(bitte markieren)

Beginn

leicht			unerträglich
--------	--	--	--------------

Verlauf

leicht			unerträglich
--------	--	--	--------------

Wo waren die Kopfschmerzen lokalisiert?

(bitte einzeichnen)



Begleiterscheinungen

- Übelkeit
- Erbrechen
- Sehstörungen
- Lärmempfindlichkeit
- Lichtempfindlichkeit
- _____

Welchen Belastungen/Gegebenheiten waren Sie ausgesetzt?

- Stress/Hektik
- Ärger
- Arbeitsbelastung
- Schlafmangel
- körperl. Anstrengung
- Wochenende/Urlaub
- Menstruation
- viel gegessen
- viel geraucht
- Erkältung
- krank
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Welche Medikamente haben Sie eingenommen?

Name/Dosierung

Uhrzeit

Wirkung