

# Kopfschmerzkalender



Zentrum für neurologische  
& seelische Erkrankungen

Überörtliche Praxis für  
Neurologie, Psychiatrie  
und Psychotherapie

Bocholt | Borken

Name/Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Jahr/Monat .....

Medikamente (Name und Dosis bitte eintragen)

A. Medikament .....

B. Medikament .....

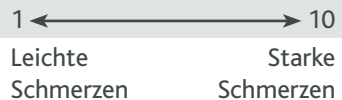
C. Medikament .....

D. Medikament .....

E. Medikament .....

## Zeichenerklärung für das Ausfüllen:

Bitte die Dauer und Stärke  
der Schmerzen eintragen  
mit einer Skala von 1 – 10



## Psychische und körperliche Auslöser:

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung Schlaf-Wachrhythmus
4. Wetterwechsel
5. Ihr persönlicher Auslöser

Tag	Dauer		Schmerz und Ort				Begleit-symptome				Auslöser		Medika-mente		Geholfen?			
	Stärke (1 – 10)	Dauer in Stunden	pulsierend/spitz	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen/Übelkeit	Lärm-/Lichtscheu	Sehstörungen	Sprachstörungen	Kribbeln	1 – 5	Menstruation	Medikament A – E	Anzahl	Ja	Wenig	Nein
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																		