



MEIN MIGRÄNE-KALENDER

Name: _____ Alter: _____

KW _____ von _____ bis _____

Auslöser und Vorboten der Kopfschmerzen
1=Stress, 2=Ärger, 3=Alkohol, 4=Nackenspannung, 5=Müdigkeit, 6=Gähnen, 7=Andere

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Kopfschmerzbeginn
Angabe der Uhrzeit

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Dauer
Angabe in Stunden

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Aurasymptome
1=Lichtblitze, 2=Gesichtsfeldausfall, 3=Sprachstörung, 4=einseitige Bämstigkeit, 5=Sehstörung

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen
0=keine, 1=leicht, 2=mittel, 3=stark

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Schmerzstärke
1=leicht, 2=mittel, 3=stark

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Schmerzseite
1=einseitig, 2=beiderseits

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Schmerzart
1=pochend/klopfend, 2=dumpf/drückend, 3=anders

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Schmerzzunahme bei Bewegung, Ruhebedürfnis
0=nein, 1=ja

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Begleitsymptome
1=Übelkeit, 2=Erbrechen, 3=Lichtscheu, 4=Lärmscheu, 5=andere Symptome

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Menstruation
0=nein, 1=ja

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Einnahme von Medikamenten
0=nein, 1=ja

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

Welches Medikament? 1. _____
2. _____
3. _____

