

# Kopfschmerz-Kalender

Name: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendarztpraxis  
Dr. med. Birgit Indlekofer



Tag	Schmerzstärke				Dauer der Kopfschmerzen		Schmerzart				Begleiterscheinungen				Auslöser	Akutschmerzmittel			Fehlzeit in Stunden		
	Keine Kopfschmerzen	leicht	mittel	Stark	kürzer als 4 Stunden	länger als 4 Stunden	Pulsierend/pochend	Dumpf/drückend	Beidseitig	einseitig	Übelkeit/Erbrechen	Ruhebedürfnis	Lärmscheu	Lichtscheu		Sehstörungen	Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität	Zahl lt. (a) eintragen		Buchstabe lt. (b) eintragen	Wirksamkeit
																		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																					

Bitte verwenden Sie folgende Zahlen bzw. Buchstaben zum Füllen der Spalten „Auslöser“ und „Präparat“

**(a) Auslöser de Schmerzen**

- 1 Aufregung und Stress
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung des Schlafrhythmus
- 4 Menstruation
- 5 andere

**(b) Eingenommene Arzneimittel**

- A \_\_\_\_\_
- B \_\_\_\_\_
- C \_\_\_\_\_
- D \_\_\_\_\_