



# THERAPIEBEGLEITER KOPFSCHMERZTAGEBUCH



.....  
Vorname & Nachname



## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,



um Ihre Kopfschmerzen richtig einordnen und optimal behandeln zu können, ist es wichtig, sich ein möglichst genaues und umfassendes Bild Ihrer Erkrankung zu machen.

Neben einer neurologischen Untersuchung spielt die Beobachtung und die genaue Beschreibung Ihrer Kopfschmerzen eine große Rolle für den Therapieerfolg. Daher ist es wichtig, dass Sie dieses Tagebuch regelmäßig führen. Es hilft dem behandelnden Team, Ihre Therapie so optimal wie möglich zu gestalten.

## IHRE UNTERSTÜTZUNG UND ZUSAMMENARBEIT IST WICHTIG!



2

Bitte füllen Sie das Tagebuch täglich aus, so dass sich Ihr behandelnder Arzt ein genaues Bild über Ihre Situation verschaffen kann. Auf den Ergebnissen aufbauend werden Therapieentscheidungen getroffen. Nur durch Ihre Mithilfe und Ihre Beobachtungen können daher die richtigen Entscheidungen Ihres behandelnden Teams für eine erfolgreiche Therapie getroffen werden.



## WIE KÖNNEN SIE HELFEN?



Bitte führen Sie regelmäßig Tagebuch – am besten täglich. Tragen Sie in die Spalten die jeweiligen Informationen ein. Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt und das behandelnde Team.

## WIE FÜLLEN SIE DAS TAGEBUCH AUS?



Im Tagebuch werden mehrere Aspekte Ihrer Kopfschmerzen festgehalten, z. B. die Stärke Ihrer Kopfschmerzen, die Dauer Ihrer Kopfschmerzen. Bitte tragen Sie für jeden Monat Name und den jeweiligen Zeitraum (z. B. Mai) ein.

In der Regel setzen Sie am betroffenen Tag jeweils ein Kreuz in das entsprechende Kästchen.

### Beispiel

Sie haben eine mittelstarke Kopfschmerzattacke am 2. Mai. Die Attacke ist nach 2 Stunden vorüber. Tags drauf, am 3. Mai, erleiden Sie einen Migräneanfall mit extrem starken Kopfschmerzen, die den halben Tag über andauern.

Tag	Schmerzstärke				Dauer	
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h
1						
2		✗			✗	
3				✗		✗
4						





## MÖGLICHE AUSLÖSER – AUFLISTUNG



### a. Psychische und körperliche Auslöser

- 1 Aufregung oder Stress
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung Schlafrhythmus
- 4 Menstruation
- 5 Andere

.....

.....

.....

### b. Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

- 1 Käse
- 2 Alkoholische Getränke
- 3 Schokolade
- 4 Kaffee, Cola
- 5 Andere

.....

.....

.....

### c. Eingenommene Medikamente

bitte tragen Sie Ihre Schmerzmedikamente auf den jeweiligen Tagebuchseiten ein.

.....

.....

.....

# TAGEBUCH



Name: .....

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

6

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....



# TAGEBUCH



Name: .....

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

8

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....





# TAGEBUCH



Name: .....

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

10

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....



# TAGEBUCH



Name: .....

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

12

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....



# TAGEBUCH



Name: .....

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

14

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....



# HINWEISE ZUR THERAPIE



Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

# HINWEISE ZUR THERAPIE



Datum .....

16

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....



# HINWEISE ZUR THERAPIE



Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

# HINWEISE ZUR THERAPIE



Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

# NOTIZEN



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



## DIE INTERNETSEITE [WWW.CHRONISCHEMIGRAENE.DE](http://WWW.CHRONISCHEMIGRAENE.DE) BIETET DAZU:



- Umfassende **Informationen** über Chronische Migräne
- **Ratschläge** von Ärzten für den Alltag mit der Erkrankung
- Einen **Selbsttest**, der erste Hinweise auf Chronische Migräne geben kann
- Eine **Arztsuche**, die Kopfschmerzspezialisten in ganz Deutschland umfasst

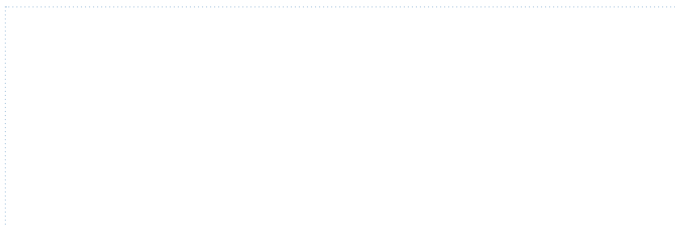


Eine Arztsuche, Tipps und Informationen zur  
Chronischen Migräne finden Sie unter:

[WWW.CHRONISCHEMIGRAENE.DE](http://WWW.CHRONISCHEMIGRAENE.DE)



Überreicht von:



Ein Service von

