GESUNDHEITSZENTRUM SAALFELDEN

Kopfschmerztagebuch

Name: Monat/Jahr:

Tag	Schmerz-Stärke				Dauer in Stunden			Schmerzart				Begleiterscheinungen					Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität		Auslöser (Zahl eintragen)	Medikament				Fehlzeit in Stunden	Aktivität in Stunden
	Keine	Leicht	Mittel	Stark	<6h	7-12h	>12h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Ja	nein		Name (Buchstabe 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																									

Auslöser: 1 Aufregung oder Stress 2 Änderung Schlafrhythmus 5 Andere:
2 Erholungsphase 3 Menstruation

Medikamente (bitte Namen angeben)
A: B:
C: D: