Gemeinschaftspraxis
für Kinder und Jugendliche
Dr. med. Christina Kronlage
Yvonne von der Twer
www.meinekinderaerztinnen.de

Kopfschmerzkalender

Quelle: Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft

Bitte nutzen Sie die aufgeführten Zahlen oder Buchstaben und tragen Sie sie mit dem Datum der Kopfschmerz-/ Migräneattacke in die Tabelle rechts ein.

Medikament oder Maßnahmen, die Sie bei Kopfschmerzen anwenden:

A: ....

B: ....

C: ....

D: ....

Schmerzstärke:
Bitte eintragen in Skalierung von
1 (= wenig) bis 10 (= starke Schmerzen)

Dauer:
Bitte Dauer in Stunden eintragen
(oder Minuten falls dies zutreffender).

Psychische und körperliche Auslöser:

1. Aufregung / Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf- / Wach–Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser
   ....
6. Ein weiterer persönlicher Auslöser
   ....

Nahrungsmittel / Getränke als Auslöser:

A Käse
B Alkoholische Getränke
C Schokolade
D Kaffee, Cola
E Ihr persönlicher Auslöser
....
F Ein weiterer persönlicher Auslöser
....

					Schmerzart und -ort				Begleitsymptome				
	Wochentag	**Datum**	**Stärke**	**Dauer**	pulsierend / pochend	dumpf / drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	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.													

		Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen		
Auslöser	Medikamente oder Maßnahme A, B, C oder D	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig