

Mein MIGRÄNE-Kalender

Name:	Alter:	KWvo			on bis				KW _		von_		bi	S		KW _		von_		bis			KW	von	bi	bis	
		Мо	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Мо	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Мо	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo			Sa	So
Auslöser und Vorboten der Kopfschmerzen	1=Stress, 2=Ärger, 3=Alkohol, 4=Nackenverspannung, 5=Müdigkeit, 6=Gähnen, 7=Andere																										
Kopfschmerzbeginn	Angabe der Uhrzeit																										
Dauer	Angabe in Stunden																										
Aurasymptome	1=Lichtblitze, 2=Gesichtsfeldausfall, 3=Sprachstörung, 4=einseitige Bamstigkeit, 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.																										
	<u>. </u>																										