

Mein Kopfschmerzkalender

Monat/Jahr _____

Welche Medikamente haben Sie gegen den Schmerz eingenommen?

1

2. _____

3.

Wie stark waren die Schmerzen?

+ = stark

● = mittel

● = leicht

Wie lange dauerten die Schmerzen an?

– = weniger als 6h

● = 7-12h

+ = mehr als 12h

Auslöser

1. Stress/Aufregung.

2. Erholung

3. Schlaf-Wachrhythmus gestört

4. Menstruation

5. Anderer Auslöser

6. Anderer Auslöser

**Kopfschmerzauslösende
Nahrungsmittel/Getränke**

A. Alkohol

B. Kaffee, Cola

C. Schokolade

D. Kase

E. Anderer Auslöser

F. Anderer Auslöser

[illegible]