



# Mein persönliches MIGRÄNE & KOPFSCHMERZ-TAGEBUCH

Monat & Jahr

Tag	Uhrzeit (von-bis)	Stärke*	Welche Seite?		Wie war der Schmerz?		Begleiterscheinungen <small>z.B. Übelkeit und Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, Sehstörungen oder Lärmempfindlichkeit</small>	eingenommene Medikamente  Präparat/Dosis	Wirkung der Medikamente			Vermutete Schmerzauslöser
			einseitig	beidseitig	pulsierend/pochend	dumpf/drückend			gut	mittel	schlecht	
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												

**\*  
Stärke der Schmerzen**

- + Stark
- Mittel
- Leicht

**\*\*  
Mögliche Auslöser**

1. Stress
2. Essen
3. Menstruation
4. Schlaf /Wach-Rhythmus gestört
5. Andere Auslöser wie zum Beispiel

Bitte tragen Sie beim Feld „Vermuteter Schmerzauslöser“ die passende Zahl ein

**Bei Fragen zum Kalender oder zu unseren Behandlungen kontaktieren Sie uns gerne**

**Telefon:**  
+49 (0) 4953 1616

**E-Mail:**  
info@migraene-praxis.de