

Der Kieler Kopfschmerzkalender

Kopfschmerzen können in sehr unterschiedlicher Weise auftreten. Eine möglichst genaue Kenntnis der Erscheinungsweise der Kopfschmerzen ist für die richtige Diagnose und insbesondere optimale Behandlung unbedingt erforderlich.

Dieser Kopfschmerzkalender dient dazu, eine genaue Beschreibung Ihrer Kopfschmerzanfälle zu ermöglichen.

Bitte tragen Sie bei jedem Kopfschmerzanfall zunächst das Datum ein. Beschreiben Sie dann mit Hilfe der Kästchen (je Kopfschmerzanfall von oben nach unten), wie Ihr Kopfschmerz aussieht. Wenn eine Aussage zutrifft, schreiben Sie bitte ein Kreuz in das entsprechende Kästchen.

In die übrigen Felder tragen Sie bitte die erfragte Zeitdauer in Stunden ein. Wenn Sie Medikamente zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen eingenommen haben, vermerken Sie bitte die Namen und die Menge der Medikamente in die entsprechenden Zellen. Benutzen Sie eventuell ein zusätzliches Blatt.

Notieren Sie auch, welche Aktivitäten Sie im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen durchgeführt haben und ob Sie bestimmte Kopfschmerzauslöser erkennen können. Der Kopfschmerzkalender sollte regelmäßig ausgefüllt werden, um ein umfassendes Bild Ihrer Kopfschmerzen zu erhalten. Bringen Sie bitte den Kalender zur nächsten Sprechstunde mit.

Gute Besserung!

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Datum:														
Stärke (1 = schwach, 4 = stark)														
einseitiger Schmerz														
beidseitiger Schmerz														
pulsierend/pochend														
drückend, dumpf, ziehend														
hinderlich bei üblicher Tätigkeit														
Verstärkung bei körperlicher Aktivität														
Übelkeit														
Erbrechen														
Lichtscheu														
Lärmscheu														
Anfallsdauer (Stunden)														
Arbeits-/Schulenausfall (Stunden)														
Reduzierung d. Leistungsfähigkeit (Std.)														
Medikamente oder andere Behandlung														
Wirkung: gut														
mäßig														
schlecht														
Was haben Sie vor Beginn der Kopfschmerzen gemacht?														
Was haben Sie während der Kopfschmerzen gemacht?														
Fällt Ihnen etwas besonderes auf?														

Name:

Geb.-Datum:

