Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Kopfschmerzart:**

Spannungskopfschmerz

Migräne

Clusterkopfschmerz

Sonstige (bitte angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Intensität des Kopfschmerzes (Skala von 1 bis 10):**

Leicht (1-3)

Mäßig (4-6)

Stark (7-8)

Sehr stark (9-10)

**3. Dauer des Kopfschmerzes (ungefähre Zeit in Stunden):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Auslöser (falls bekannt):**

Stress

Schlafmangel

Bestimmte Lebensmittel (bitte angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hormonelle Veränderungen

Wetterveränderungen

Lärm

Helle Lichter

Sonstiges (bitte angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Begleitsymptome (falls vorhanden):**

Übelkeit

Erbrechen

Lichtempfindlichkeit

Geräuschempfindlichkeit

Sehstörungen

Schwindel

Taubheitsgefühle

Sonstiges (bitte angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Eingenommene Medikamente):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Maßnahmen zur Linderung:**

Ruhe und Entspannung

Dunkler und ruhiger Raum

Kalte oder warme Kompressen

Aromatherapie

Entspannungstechniken

Sonstiges (bitte angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Sonstige Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie dieses Tagebuch jedes Mal aus, wenn Sie Kopfschmerzen haben, um eventuelle Muster oder Auslöser zu erkennen. Es kann Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin helfen, die bestmögliche Behandlung für Ihre Kopfschmerzen zu finden. Falls sich Ihre Symptome verschlimmern oder Sie besorgt sind, suchen Sie bitte umgehend ärztliche Hilfe auf.

<https://www.download-kostenlos.org>