

Kopfschmerztagebuch Vorlage

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>