

Kopfschmerzkalender



Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

www.dmkg.de

Ihre Akutmedikamente:

A: _____
B: _____
C: _____

Ihre Prophylaxe:

D: _____
E: _____
F: _____

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

Auslöser für Ihren Kopfschmerz:
1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser:

Migräneaura:
FS Flimmersehen
G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
S Sprachstörung
O Anderes Symptom:

Andere Begleitsymptome:
T Augentränen
R Augenrötung
N Laufende/verstopfte Nase

**Kennen Sie schon
unseren Kopfschmerzkalender
fürs Smartphone?**

**Die DMKG-App gibt es kostenlos
für Android und iOS.**

	Schmerzart und Ort								Begleitsymptome								Wirkung			
Tag	Kopfschmerzen (x = Ja)	Stärke	Dauer (Stunden)	Pulsierend/pochend	Dumpf/drückend	Einseitig	Beidseitig	Auslöser	Migräneaura	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchsempfindlich	Andere Symptome	Akutmedikament und Dosis	Gut	Mittel	Schlecht	Bemerkung
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																				