Audi BKK

Mein Kopf-schmerzkalender.

Monat/Jahr _____

Wie stark waren die Schmerzen?

- **+** = stark
- **#** = mittel
- **–** = leicht

Wie lange dauerten die Schmerzen an?

- **–** = weniger als 6 Stunden
- **#** = 7 bis 12 Stunden
- **+** = mehr als 12 Stunden

Auslöser

1. Stress/Aufregung
2. Erholung
3. Schlaf-wach-Rhythmus gestört
4. Menstruation
5. Andere Auslöser _____

_____

Kopfschmerzauslösende Nahrungsmittel und Getränke

A. Alkohol
B. Kaffee, Cola
C. Schokolade
D. Käse
E. Andere Auslöser

Welche Medikamente haben Sie gegen den Schmerz eingenommen? (In der Tabelle brauchen Sie nur die jeweilige Ziffer einzutragen.)

1. _____
2. _____
3. _____

	Wann? Wie stark? Wie lange?		Schmerzform und auf welcher Seite?					Begleit-erscheinungen							Anzahl der eingenommenen Medikamente			Wie war die Wirkung?		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/pochend	dumpf/drückend	stechend	einseitig	beidseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lichtempfindlichkeit	Lärmempfindlichkeit	Sehstörungen	Vermutlicher Schmerzauslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	gut	ein wenig	gar keine
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																				