

Mein Kopfschmerztagebuch

Name: _____

Datum							
Schmerzstärke							
Schwach							
Mittel							
Stark							
sehr stark							
Schmerzart							
Einseitig							
Beidseitig							
pulsierend/pochend							
Drückend-ziehend							
Begleiterscheinungen							
Alltag behindert/ Ruhebedarf							
Übelkeit/Erbrechen							
Lichtscheu/Lärmscheu							
Gefühlsstörung oder Sehstörungen vorher							
Medikamente (eigene Medikamente eintragen)							
1.							
2.							
3.							
Medikamentenwirkung nach 1-2 Stunden							
Gut							
Mäßig							
Schlecht							
Schmerzdauer insgesamt							

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Tagebuch (mindestens 2, besser 3 Wochen) unbedingt zum Termin mit!

Neuropraxis Wertheim, Dr. Sandra Rückert