

Kopfschmerztagebuch / дневник головной боли

фамилия: _____

Datum / дата							
Schmerzstärke / интенсивность боли							
Schwach / слабая							
Mittel / средняя							
Stark / сильная							
sehr stark/очень сильная							
Schmerzart / Характер боли							
Einseitig / односторонний							
Beidseitig/ двухсторонний							
Pulsierend / пульсирующий							
Drückend / давящий							
Begleiterscheinungen / сопутствующие симптомы							
Alltag behindert/ Ruhebedarf Влияние на режим дня / Необходимость в отдыхе							
Übelkeit/Erbrechen Тошнота / Рвота							
Lichtscheu/Lärmscheu Светобоязнь							
Sehstörungen / Нарушения зрения							
Medikamente (eigene Medikamente eintragen) лекарства							
1.							
2.							
3.							
Medikamentenwirkung nach 1-2 Stunden / Действие препарата после 1-2 часов							
Gut / хорошее							
Mäßig / умеренное							
Schlecht / плохое							
Schmerzdauer / продолжительность боли							

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

Пожалуйста, принесите заполненный дневника (по крайней мере за 2, предпочтительнее за 3 недели) обязательно на сегодняшний назначение!

Neuropraxis Wertheim, Dr. Sandra Rückert