

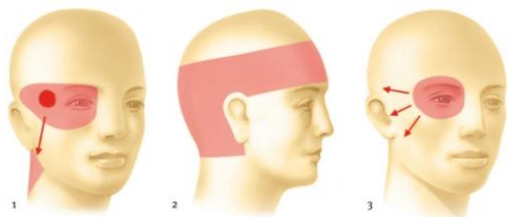
Schmerztagebuch Migräne/Kopfschmerzen

Patientenname:

Geburtsdatum:

Datum								
Start								
Ende								
Dauer								
Ruhebedürfnis	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Arbeitsunfähigkeit	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Eingeschränkt (Durch Schmerz)	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein

Art								
Schmerzstärke 1=schwach / 10 = unerträglich								



Migräne

Spannung

Cluster

Ich habe gut geschlafen	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Schlafdauer	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden
Ich fühle mich	erholt müde	erholt müde	erholt müde	erholt müde	erholt müde	erholt müde	erholt müde	erholt müde



Begleitbeschwerden (Ja | Nein)

Übelkeit								
Lichtscheu/empfindlich								
Sehstörung								
Sprachstörung								
Gefühlsstörung								
Erbrechen								
Lärmscheu/empfindlich								

Mögliche Auslöser

Stress								
Schlafmangel								
Krankheit/Allergie								
Wenig Getrunken								
Menstruation								
Kaffee								
Wetter								
Gerüche								
Wenig gegessen								