




# Kopfschmerzprotokoll

Name: ..... Geburtsdatum: ..... Datum 1. Tag: .....

					Schmerzart und Ort				Begleitsymptome					Medikament s.u.	Anzahl der			Wirksamkeit			
	Tag	Beginn	Stärke	Dauer	Pulsierend/ pochend	Dumpf/ pochend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörung		Auslöser *	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
<b>Schmerzbeginn</b> V=vormittags M=mittags A=abends N=nachts	1																				
<b>Schmerzstärke</b>    leicht mittel stark	2																				
	3																				
	4																				
<b>Schmerzdauer</b> A weniger als 6 Stunden B 7–12 Stunden C länger als 12 Stunden	5																				
	6																				
	7																				
<b>*Schmerzauslöser</b> 1) Sport 2) zu wenig Schlaf 3) Erkältung 4) Schule 5) Fernsehen/Computer/etc 6) Wetterwechsel 7) Traurigkeit/Ärger 8) Klassenarbeit/Prüfung 9) Käse 10) Schokolade 11) Cola 12) andere:	8																				
	9																				
	10																				
	11																				
	12																				
	13																				
	14																				

Welche Medikamente hast du genutzt? 1. .... 2. .... 3. ....