



# Mein MIGRÄNE-Kalender

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

KW \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Mo Di Mi Do Fr Sa So

KW \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Mo Di Mi Do Fr Sa So

KW \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Mo Di Mi Do Fr Sa So

KW \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Mo Di Mi Do Fr Sa So

Auslöser und Vorboten der Kopfschmerzen  
1=Stress, 2=Ärger, 3=Alkohol, 4=Nackenverspannung, 5=Müdigkeit, 6=Gähnen, 7=Andere

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Kopfschmerzbeginn  
Angabe der Uhrzeit

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Dauer  
Angabe in Stunden

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Aurasymptome  
1=Lichtblitze, 2=Gesichtsfeldausfall, 3=Sprachstörung, 4=einseitige Barmstigkeit, 5=Sehstörung

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen  
0=keine, 1=leicht, 2=mittel, 3=stark

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Schmerzstärke  
1=leicht, 2=mittel, 3=stark

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Schmerzseite  
1=einseitig, 2=beiderseits

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Schmerzart  
1=pochend/klopfend, 2=dumpf/drückend, 3=anders

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Schmerzzunahme bei Bewegung, Ruhebedürfnis  
0=nein, 1=ja

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Begleitsymptome  
1=Übelkeit, 2=Erbrechen, 3=Lichtscheu, 4=Lärmscheu, 5=andere Symptome

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Menstruation  
0=nein, 1=ja

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Einnahme von Medikamenten  
0=nein, 1=ja

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Welches Medikament? 1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--