

## Kopfschmerzkalender

#### **Uhrzeit und Dauer der Schmerzen**

**Monat:** \_\_\_\_\_

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

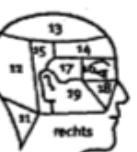
#### **Medikamente:**

A= \_\_\_\_\_

$$B = \underline{\hspace{2cm}}$$

**C=** \_\_\_\_\_

#### **Wo treten die Schmerzen auf?**



### **\*Behinderungsgrad**

**Grad 1=** Ich habe Kopfschmerzen, kann aber ohne Medikamente funktionieren.

**Grad 2=** Ich muss eine Tablette nehmen, kann aber anschließend funktionieren.

**Grad 3=** Kein Medikament hilft, ich kann nicht mehr funktionieren.

---

## Praxisstempel

Praxisstempel

Bitte beantworten Sie alle vier untenstehenden Fragen mit ja/Nein (ankreuzen).

Wenn Sie Ihre Medikamente (Migräne) genommen haben:

ja Nein

1. **q q** Können Sie sich auf die Wirkung Ihres Migräne-Medikaments verlassen  
2. **q q** Verschwindet der Kopfschmerz innerhalb von 2 Stunden  
3. **q q** Sind Sie wieder einsatzfähig innerhalb von 2 Stunden  
4. **q q** Können Sie sich darauf so gut verlassen, dass Sie Ihren normalen Tagesablauf einhalten können