

Kieler Kopfschmerzkalender

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Datum										
Schmerzstärke (1=schwach; 2=mittel; 3=stark; 4=sehr stark)										
einseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beidseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsierend oder pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drückend, dumpf bis ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkung bei körperl. Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtscheu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärmscheu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsdauer (Stunden)										
Arbeits-/Schulausfall (Stunden)										
Reduzierung d. Leistungs- fähigkeit (Stunden)										
Medikamente oder andere Behandlung (Bitte eintragen, ggfs. zu- sätzliches Blatt verwenden)										
Wirkung: gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

_____ Krankenkasse: _____

**Sehr geehrte, liebe Patientin,
Sehr geehrter, lieber Patient.**

Kopfschmerzen können in sehr unterschiedlicher Weise auftreten. Eine möglichst genaue Kenntnis der Erscheinungsweise der Kopfschmerzen ist für die richtige Diagnose und insbesondere optimale Behandlung unbedingt erforderlich.

Dieser Kopfschmerzkalender dient dazu, eine genaue Beschreibung Ihrer Kopfschmerzanfälle zu ermöglichen.

Bitte tragen Sie bei jedem Kopfschmerzanfall zunächst das Datum ein.

Beschreiben Sie dann mit Hilfe der Kästchen, (je Kopfschmerzanfall von oben nach unten) wie Ihr Kopfschmerz aussieht. Wenn eine Aussage zutrifft, schreiben Sie bitte ein Kreuz in das entsprechende Kästchen.

In die übrigen Felder tragen Sie bitte die erfragte Zeitdauer in Stunden ein.

Wenn Sie Medikamente zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen eingenommen haben, vermerken Sie bitte die Namen und die Menge der Medikamente in die entsprechenden Zellen. Benutzen Sie eventuell ein zusätzliches Blatt.

Notieren Sie auch, welche Aktivitäten Sie im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen durchgeführt haben und ob Sie bestimmte Kopfschmerzauslöser erkennen können.

Der Kopfschmerzkalender sollte regelmäßig ausgefüllt werden, um ein umfassendes Bild Ihrer Kopfschmerzen zu erhalten. Bringen Sie bitte den Kalender zur nächsten Sprechstunde mit.

Gute Besserung!

Ihre nächsten Besuchstermine

**Neurologische Praxisgemeinschaft
Hamburger Strasse**

Dr.med. Müller-Habich, P. Emrich, J. Vogt
Hamburger Strasse 146 - 22083 Hamburg
Tel.: 040 22 32 20 – Fax: 040 22 75 60 45

www.neuro-hamburg.de

Quellenangabe: Der Kopfschmerzkalender ist entnommen aus Göbel H., Kopfschmerz und Migräne - Leiden, die man nicht hinnehmen muß. Springer Verlag, Heidelberg 1998

Copyright: H. Göbel, Neurologisch- verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel