

So wird der Kopfschmerz-Kalender verwendet

- ▶ Bitte füllen Sie für jede Kopfschmerzanfall eine Spalte im Kopfschmerz-Kalender aus.
- ▶ Tragen Sie für jeden Kopfschmerzanfall das Datum in die entsprechende Spalte ein.
- ▶ Überlegen Sie, wie stark Sie Ihren Kopfschmerz bei diesem Anfall empfinden. Tragen Sie die entsprechende Zahl in das Kästchen ein: "1" bedeutet schwach, "2" mittel, "3" stark und "4" sehr stark.
- ▶ Jetzt folgen Angaben zum Charakter des Kopfschmerzes und zu Begleiterscheinungen. Markieren Sie bitte jede zutreffende Angabe mit einem Kreuz im entsprechenden Kästchen. Trifft eine Aussage nicht zu, lassen Sie das Kästchen einfach leer.
- ▶ Notieren Sie alle Medikamente, die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen. Also Medikamente die Ihnen Ihr Arzt verschrieben hat und Medikamente, die Sie ohne Rezept in der Apotheke erworben haben.
Falls Sie mehr als 3 Medikamente verwenden, geben Sie jedem weiteren Medikament eine Zahl und notieren Sie Zahl und Medikament am Rand.
Beispiel: 1: Paracetamol 2: Ibuprofen 3: Paspertin 4: ASS 5: usw
- ▶ Tragen Sie bitte bei jedem Kopfschmerzanfall die Zahl des entsprechenden Medikaments in das jeweilige Kästchen ein.
Beispiel: "4", wenn Sie ASS eingenommen haben
- ▶ Wenn Sie mehrere Medikamente bei einem Kopfschmerzanfall einnehmen, tragen Sie die entsprechenden Zahlen in der Reihenfolge der Einnahme ein.
Beispiel: zuerst Einnahme von Paspertin-Tropfen, dann von Ibuprofen, 6 Stunden später Paracetamol bedeutet erst eine "2", dann eine "4" und zuletzt eine "1".
- ▶ Überlegen Sie, wie gut Ihnen die Medikamente geholfen haben und markieren Sie ein Kreuz entsprechend der Wirkung "gut", "mäßig" oder "schlecht".

DEGAM Leitlinie

Kopfschmerzen 10

Kopfschmerz-Kalender

Informationen zum Kopfschmerz-Kalender

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Kopfschmerz-Kalender wurde entwickelt, damit Sie selbst und Ihr Arzt Ihre Kopfschmerzen über einen längeren Zeitraum beobachten können. Dadurch kann Ihr Arzt Ihren Kopfschmerztyp besser verstehen und die medikamentöse Behandlung auf Sie abstimmen.

Ihre Mitarbeit ist also wichtig!

Auf der Rückseite dieses Faltblatts wird Ihnen erklärt, wie der Kopfschmerz-Kalender ausgefüllt wird.

Bitte Verwenden Sie den Kopfschmerz-Kalender und bringen Sie ihn beim nächsten Arztbesuch bitte wieder mit!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5	6	7
Datum							
Schmerzstärke							
Einseitiger Kopfschmerz							
Beidseitiger Kopfschmerz							
Pulsierend oder pochend							
Drückend, dumpf bis ziehend							
Hinderlich bei üblicher Tätigkeit							
Verstärkung bei körperlicher Aktivität							
Übelkeit							
Erbrechen							
Lichtscheu							
Lärmscheu							
Anfallsdauer							
Medikamente							
1.							
2.							
3.							
Wirkung	gut						
	mäßig						
	schlecht						



Kopfschmerzanfall	8	9	10	11	12	13	14
Datum							
Schmerzstärke							
Einseitiger Kopfschmerz							
Beidseitiger Kopfschmerz							
Pulsierend oder pochend							
Drückend, dumpf bis ziehend							
Hinderlich bei üblicher Tätigkeit							
Verstärkung bei körperlicher Aktivität							
Übelkeit							
Erbrechen							
Lichtscheu							
Lärmscheu							
Anfallsdauer							
Medikamente							
1.							
2.							
3.							
Wirkung	gut						
	mäßig						
	schlecht						

