HLTHY [KOPFSCHMERZTAGEBUCH]

Name _____ Geburtsdatum _____ Monat / Jahr _____

TAG	STÄRKE				DAUER			SCHMERZART				BEGLEITERSCHEINUNGEN					BEW.	AUSLÖSER	MEDIKAMENT				STUNDEN		!
	keine	leicht	mittel	stark	unter 6 h	6–12 h	über 12 h	pochend, pulsierend	dumpf, drückend	einseitig	beidseitig	Übelkeit	Erbrechen	Sehstörung / Aura	lichtempfindlich	lärmempfindlich	schlimmer bei Bewegung	Nummer (Liste)	Buchstabe, Dosis, Uhrzeit	gut	wenig	nicht	ausgefallen	trotzdem aktiv	Warnzeichen
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									

AUSLÖSER (NUMMER EINTRAGEN)

1 Stress, Aufregung · 2 Entspannung nach Stress · 3 Schlaf zu wenig, zu viel, unregelmässig · 4 Menstruation · 5 Mahlzeit ausgelassen · 6 zu wenig getrunken · 7 Alkohol · 8 Wetter · 9 Bildschirm · 0 anderes: _____

MEINE MEDIKAMENTE (BUCHSTABE)

A _____

B _____

C _____

D _____

SO GEHT ES

Jeden Abend eine Zeile, auch ohne Kopfschmerzen. Pro Spalte ankreuzen, was zutrifft. «Stunden ausgefallen»: Arbeit, Schule oder Haushalt ging nicht. Warnzeichen (plötzlich stärkster Kopfschmerz, Lähmung, Sprach- oder Sehstörung, Fieber mit Nackensteife): sofort 144. Schmerzmittel an höchstens 10 Tagen pro Monat. HLTHY Bern 031 859 93 93 · Zürich 044 552 55 20.