Ihr persönliches Migräne-Tagebuch

Monat ._____ _____.

Bestimmen Sie die Schmerzstärke:
xxx stark xx mittel x leicht

Dauer des Schmerzzustandes:
– weniger als 6 Stunden
• 7–12 Stunden
\+ länger als 12 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser:

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
4. Menstruation
5./6. Ihre persönlichen Auslöser:

5._____ 6._____

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser:

A. Käse
B. Alkohol
C. Schokolade
D. Kaffee/Tee
E./F. Ihre persönlichen Auslöser:

E._____ F._____

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.

Tag	Stärke	Dauer	Schmerzart: Pulsierend/pochend	Schmerzart: Dumpf/drückend	Schmerzart: Einseitig	Schmerzart: Beidseitig	Begleitsymptome: Erbrechen	Begleitsymptome: Übelkeit	Begleitsymptome: Lärmscheu	Begleitsymptome: Lichtscheu	Begleitsymptome: Sehstörungen	Tag	Auslöser
1												1	
2												2	
3												3	
4												4	
5												5	
6												6	
7												7	
8												8	
9												9	
10												10	
11												11	
12												12	
13												13	
14												14	
15												15	
16												16	
17												17	
18												18	
19												19	
20												20	
21												21	
22												22	
23												23	
24												24	
25												25	
26												26	
27												27	
28												28	
29												29	
30												30	
31												31	