

# DGiH Kopfschmerz und Medikamententagebuch Monat:

Tag	Medikamente morgens	Beschwerden vormittags			Dauer KS in Std.	Medikamente mittags	Beschwerden nachmittags			Dauer KS in Std.	Medikamente abends/ nachts	Beschwerden abends/nachts			Dauer KS in Std.	Sonstige Anmerkungen, z.B. mögliche Auslöser
		Kopf	Augen	Sonst.			Kopf	Augen	Sonst.			Kopf	Augen	Sonst.		
Z.B.	2x(1), 1x(2)	5	3	NS	2	0	2	2	NS-	3	2x(1), 1x(2)	4	5	NS+	2	b), c), f), Saunabesuch
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																

Welche Medikamente nimmst Du ein?

- (1) Acetazolamid (z.B. Diamox, Glaupace, Acemit)
- (2) Topiramate (z.B. Topamax, Topamac o.ä.)
- (3) Furosemid (z.B. Lasix o.ä.)
- (4) andere: \_\_\_\_\_
- (5) andere: \_\_\_\_\_

Wie stark waren die Kopfschmerzen auf einer Skala von 1-10?  
(z.B. 1 = ganz leichtes Druckgefühl bis 10 = Vernichtungsschmerz)

Wie stark waren die Sehstörungen auf einer Skala von 1-10?  
(z.B. 1 = gelegentliches leichtes Flimmern = bis 10 Blindheit)

Sonstige Begleitscheinungen  
(- = leicht, 0 = mittel, + = stark)  
Ü = Übelkeit (z.B. Ü+)  
E = Erbrechen  
S = Schwindel  
T = Tinnitus  
NS = Nackenschmerzen  
RS = Rückenschmerzen  
S = Schlafstörungen  
X = andere: \_\_\_\_\_

Mögliche Auslöser  
a) Alkohol      b) Überanstrengung  
c) Koffein      d) Stress, Kummer  
e) Süßstoffe    f) Medi-Umstellung  
g) Menstruation    h) Schlafmangel  
i) Wetter      j) Ernährung  
k) anderer: \_\_\_\_\_