

Kopf- schmerz- kalender



**Leben &
Migräne**

 **NOVARTIS**

Besser leben. Jeden Tag.
Ein Patientenservice von Novartis.

Dieser Kopfschmerzkalender gehört:

Liebe Patientin, lieber Patient,

Migräne macht dir zu schaffen. Sie kommt und geht, ohne dass du verlässlich vorhersagen könntest, wann sie das nächste Mal auftritt. Auch variieren deine Schmerzen vielleicht in der Intensität und Dauer.

Gibt es Vorboten, die eine Migräneattacke ankündigen oder Begleitsymptome, wie zum Beispiel tränende Augen? Welche Auslöser könnten eine Schmerzattacke begünstigen?

Dieser praktische Kopfschmerzkalender unterstützt dich dabei, solche wichtigen Faktoren zu notieren. Er ist einfach zu handhaben und ist eine hilfreiche Vorbereitung auf dein nächstes Gespräch mit deinem Arzt.

Starte noch heute!

Dein Team von Leben & Migräne

Der Kopfschmerzkalender ist nicht Teil eines Studienprogramms und zum ausschließlichen Verbleib beim Patienten bestimmt. Bitte nicht an Novartis einsenden!



Bitte trage die Zahlen/Buchstaben in die jeweilige Zeile in den Tabellen auf den folgenden Seiten ein. In andere Felder setzt du ein Kreuz, wenn zutreffend.

Auslöser für deinen Schmerz

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

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

Dauer der Schmerzen

Gib die Dauer in Stunden an.

Vorboten

- F** Flimmersehen
- G** Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
- S** Sprachstörung
- O** Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

- T** Augentränen
- R** Augenrötung
- N** Nasenlaufen/-verstopfung

Bitte vermerke deine Akutmedikamente, die du bei Kopfschmerzen einnimmst:

- A** _____
- B** _____
- C** _____

MONAT 1/1:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsie- rend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Wenn du ein Prophylaxemedikament einnimmst,
notiere bitte monatlich das Datum der Einnahme:

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											1
											2
											3
											4
											5
											6
											7
											8
											9
											10

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 1/2:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											11
											12
											13
											14
											15
											16
											17
											18
											19
											20

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 1/3:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											21
											22
											23
											24
											25
											26
											27
											28
											29
											30
											31

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 2/1:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsie- rend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Wenn du ein Prophylaxemedikament einnimmst,
notiere bitte monatlich das Datum der Einnahme:

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											1
											2
											3
											4
											5
											6
											7
											8
											9
											10

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 2/2:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											11
											12
											13
											14
											15
											16
											17
											18
											19
											20

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 2/3:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											21
											22
											23
											24
											25
											26
											27
											28
											29
											30
											31

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 3/1:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsie- rend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Wenn du ein Prophylaxemedikament einnimmst,
notiere bitte monatlich das Datum der Einnahme:

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											1
											2
											3
											4
											5
											6
											7
											8
											9
											10

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 3/2:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											11
											12
											13
											14
											15
											16
											17
											18
											19
											20

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung

MONAT 3/3:

SCHMERZART UND -ORT

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dampf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vorboten
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Auslöser für deinen Schmerz

- 1 Aufregung/Stress
- 2 Erholungsphase

3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus

- 4 Menstruation
- 5 Deine persönlichen Auslöser

Schmerzstärke: 0–10 Punkte

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster Schmerz

BEGLEITSYMPTOME

HAT DIR DAS MITTEL GEHOLFEN?

Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	Anzahl der Tabletten o. Ä.	Ja	Nein	Wenig	Tag
											21
											22
											23
											24
											25
											26
											27
											28
											29
											30
											31

Dauer der Schmerzen
(in Stunden)

Vorboten

F Flimmersehen

G Gefühlsstörung

(Kribbeln, Pelzigkeit)

S Sprachstörung

O Anderes Symptom

Andere Begleitsymptome

T Augentränen

R Augenrötung

N Nasenlaufen/-verstopfung



Art.-Nr. 1084207 Stand: 09/2024
Novartis Pharma GmbH · Nürnberg
www.novartis.de