MEIN MIGRÄNE-TAGEBUCH

Name

Persönliche Notizen

Häufigkeit, Trigger, Vorboten eines Anfalls, Entspannungstechniken etc.

Datum							
Zeitpunkt							
● STARK **Schmerzstärke** ○ SCHWACH	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Alkohol	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Stress	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Müdigkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Veränderter Schlafrhythmus	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Übelkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Aura	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Beschreibung der Schmerzen z. B. einseitig, pulsierend, stechend, wo ...							
Stimmung	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹
Weitere Symptome **Menstruation** **Kopfschmerzdauer (Stunden)** **Eingenommene Medikamente** **Wetterumschwung**	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein

Datum											
Zeitpunkt											
Schmerzstärke ● STARK ○ SCHWACH	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Alkohol	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Stress	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Müdigkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Veränderter Schlafrhythmus	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Übelkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Aura	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Beschreibung der Schmerzen z. B. einseitig, pulsierend, stechend, wo ...											
Stimmung	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹
Weitere Symptome **Menstruation** **Kopfschmerzdauer (Stunden)** **Eingenommene Medikamente** **Wetterumschwung**	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Wetterumschwung	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein

Datum											
Zeitpunkt											
Schmerzstärke ● STARK ○ SCHWACH	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Alkohol	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Stress	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Müdigkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Veränderter Schlafrhythmus	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Übelkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Aura	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Beschreibung der Schmerzen z. B. einseitig, pulsierend, stechend, wo ...											
Stimmung	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹
Weitere Symptome **Menstruation** **Kopfschmerzdauer (Stunden)** **Eingenommene Medikamente** **Wetterumschwung**	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Wetterumschwung	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein

Datum											
Zeitpunkt											
Schmerzstärke ● STARK ○ SCHWACH	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Alkohol	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Stress	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Müdigkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Veränderter Schlafrhythmus	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Übelkeit	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Aura	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Beschreibung der Schmerzen z. B. einseitig, pulsierend, stechend, wo ...											
Stimmung	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹	☺😐☹
Weitere Symptome **Menstruation** **Kopfschmerzdauer (Stunden)** **Eingenommene Medikamente** **Wetterumschwung**	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
Wetterumschwung	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein