## 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.**

| | | | Schmerzart | | | | | Begleitsymptome | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tag | Stärke | Dauer | pulsierend/ pochend | dumpf/ drückend | Einseitig | Beidseitig | Erbrechen | Übelkeit | Lärmscheu | Lichtscheu | 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 | |