

walk



Kopfschmerztagebuch

Für Menschen mit migräneartigen Kopfschmerzen



Online lesen und herunterladen unter
www.abbvie-care.de/kopfschmerztagebuch

abbvie
care 
with you

Liebe Leserin, lieber Leser,

Um Ihre Kopfschmerzen richtig einordnen und optimal behandeln zu können, ist es wichtig, sich ein möglichst genaues und umfassendes Bild Ihrer Erkrankung zu machen.

Neben einer neurologischen Untersuchung spielt die Beobachtung und die genaue Beschreibung Ihrer Kopfschmerzen eine große Rolle für den Therapieerfolg.

Daher ist es wichtig, dass Sie dieses Tagebuch regelmäßig führen. Es hilft dem behandelnden Team, Ihre Therapie so optimal wie möglich zu gestalten.

Werden Sie zur Person mit Expertise in eigener Sache und finden Sie heraus, was Sie unternehmen können.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr AbbVie-Care-Team

Ihre Unterstützung und Zusammenarbeit ist wichtig!

Bitte füllen Sie das Tagebuch täglich aus, so dass sich Ihr behandelnder Arzt ein genaues Bild über Ihre Situation verschaffen kann. Auf den Ergebnissen aufbauend werden Therapieentscheidungen getroffen. Nur durch Ihre Hilfe und Ihre Beobachtungen können daher die richtigen Entscheidungen Ihres behandelnden Teams für eine erfolgreiche Therapie getroffen werden.

Wie können Sie helfen?

Tragen Sie regelmäßig – am besten täglich – in die Spalten die jeweiligen Informationen ein. Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen haben, melden Sie sich bitte bei Ihrem behandelnden Team.



Wie füllen Sie das Tagebuch aus?

Im Tagebuch werden mehrere Aspekte Ihrer Kopfschmerzen festgehalten, z. B. die **Stärke** Ihrer Kopfschmerzen, die **Dauer** Ihrer Kopfschmerzen. Bitte tragen Sie in den Tagebuchseiten jeweils Ihren Namen und den dokumentierten Monat ein.

In der Regel setzen Sie am betroffenen Tag jeweils ein Kreuz in das entsprechende Kästchen.



Beispiel

Sie haben eine mittelstarke Kopfschmerzattacke am 2. Mai. Die Attacke ist nach 2 Stunden vorüber. Tags darauf, am 3. Mai, erleiden Sie einen Migräneanfall mit extrem starken Kopfschmerzen, die den halben Tag über andauern.

Tag	Schmerzstärke				Dauer						
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4 Std.	mehr als 4 Std.					
1											
2		X			X						
3				X		X					
4											
5											

Bei der Angabe der **Auslöser** für Ihre Kopfschmerzattacken und der Angabe, welche **Arzneimittel** Sie eingenommen haben, tragen Sie bitte die entsprechenden Zahlen (Auslöser) bzw. Buchstaben (Medikamente) ein. Die Auflistung finden Sie auf der nächsten Seite.



Beispiel

Sie haben am 2. Mai gegen Ihre mittelstarken Kopfschmerzen 1 Tablette Paracetamol 500 mg eingenommen. Einen Auslöser der Schmerzen können Sie nicht benennen. Am 3. Mai haben Sie gleich zu Beginn der Migräneattacke eine Tablette Sumatriptan (50 mg) geschluckt. Stress war der Auslöser.

Tag	Auslöser		Medikament				
	Zahl eintragen (Seite 9)	Buchstabe laut (c) eintragen					
				a	b		
1							
2			A				
3	1		B				
4							
5							

c. Eingenommene Medikamente

A *Paracetamol*

B *Sumatriptan*



Halten Sie positive Erlebnisse/Erfahrungen fest!

Wenn Sie an einem Tag etwas besonders Schönes erlebt haben oder wieder etwas machen konnten, was lange Zeit vorher nicht möglich war – halten Sie diese positiven Momente in Ihrem Tagebuch fest!



Wann muss ich das Tagebuch vorzeigen?

Bitte bringen Sie Ihr Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit. Auf Ihren Beobachtungen aufbauend werden wichtige Therapieentscheidungen getroffen.

Mögliche Auslöser

a. Psychische und körperliche Auslöser

- 1 Aufregung oder Stress
- 2 Erholungsphase
- 3 Änderung Schlafrhythmus
- 4 Menstruation
- 5 Andere

.....

.....

.....

b. Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

- 1 Käse
- 2 Alkoholische Getränke
- 3 Schokolade
- 4 Kaffee, Cola
- 5 Andere

.....

.....

.....

c. Eingenommene Medikamente

Bitte tragen Sie Ihre Schmerzmedikamente auf den jeweiligen Tagebuchseiten ein.

.....

.....

.....

1 Tagebuch

Name

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart					Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4 Std.	mehr als 4 Std.	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	
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																

c. Eingenommene Medikamente

A

B

C

D

Monat

Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Kopfschmerzfreier Tag
Ja	Nein	Zahl eintragen (Seite 9)		Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	☺
		a	b					

1 Tagebuch

Name

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4 Std.	mehr als 4 Std.	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

c. Eingenommene Medikamente

A

B

C

D

Monat

Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Kopfschmerzfreier Tag
Ja	Nein	Zahl eintragen (Seite 9)		Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	☺
		a	b					

1 Tagebuch

Name

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart					Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4 Std.	mehr als 4 Std.	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	
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																

c. Eingenommene Medikamente


A

B

C

D

Monat

Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Kopfschmerz- freier Tag
Ja	Nein	Zahl eintragen (Seite 9)		Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	
		a	b					

1 Tagebuch

Name

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart					Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4 Std.	mehr als 4 Std.	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	
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																

c. Eingenommene Medikamente

A

B

C

D

Monat

Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Kopfschmerzfreier Tag
Ja	Nein	Zahl eintragen (Seite 9)		Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/Menge angeben	0 (keine) - 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	☺
		a	b					

1 Tagebuch

Name

Tag	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4 Std.	mehr als 4 Std.	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

c. Eingenommene Medikamente

A

B

C

D

Monat

Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Kopfschmerzfreier Tag
Ja	Nein	Zahl eintragen (Seite 9)		Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a	b					

Hinweise zur Therapie

Datum:

Medikament	Dosierung

--	--

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Datum:

Medikament	Dosierung

--	--

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Datum:

Medikament	Dosierung

--	--

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Datum:

Medikament	Dosierung

--	--

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Notizen

Notizenbereich mit 20 horizontalen gestrichelten Linien für den Text.



Tipps und Informationen zum Thema Migräne finden Sie unter:
www.abbvie-care.de/migraene



Ihr Service von Abbvie Care:

- Informationen zum Thema Migräne
- Tipps für den Alltag mit der Erkrankung
- Einen Selbsttest, der erste Hinweise auf Migräne geben kann



you

www.abbvie-care.de

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG
Mainzer Straße 81 | 65189 Wiesbaden