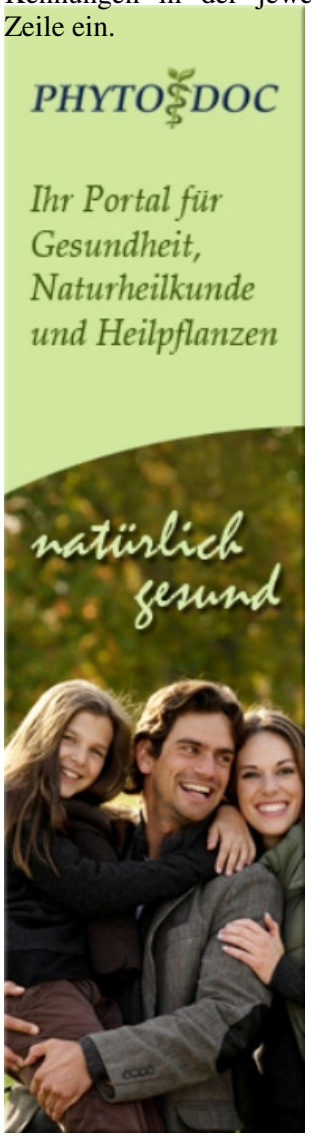
Migränetagebuch

Name:…….
Monat/Jahr:……

Bitte tragen Sie für jeden Tag die dafür vorgesehenen Kennungen in der jeweiligen Zeile ein.



Auslöser:
A 1:……
A 2:…….....
A 3:…….....
Nahrungsmittel N 1:
……...
Nahrungsmittel N 2:
……...
Medikament:
M 1:……...
M 2:……...
M 3:……...

Kennung	a	b	c	d	e	f
Stärke	schwach	mittel	stark			
Dauer	< 6 Std.	> 6 Std.	> 12 Std.			
Art des Schmerzes	pulsierend	stechend	anders			
Ort des Schmerzes	einseitig	beidseitig				
Übelkeit	ja	nein				
Erbrechen	ja	nein				
Lichtempfindlich	ja	nein				
Lärmempfindlich	ja	nein				
Aura	ja	nein				
Auslöser	A 1	A 2	A 3	Menstruation	N 1	N 2
Medikament	M 1	M 2	M 3			
Einnahme	morgens	mittags	abends			
Besserung	ja	nein	wenig			

Tag	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
Stärke																															
Dauer																															
Art des Schmerzes																															
Ort des Schmerzes																															
Übelkeit																															
Erbrechen																															
Lichtempfindlich																															
Lärmempfindlich																															
Aura																															
Auslöser																															
Medikament																															
Einnahme																															
Besserung																															