Dein persönlicher Kopfschmerzkalender

Dieser Kalender gehört:

Hallo .....,

wie ich gehört habe, hast Du häufiger Kopfschmerzen. Lass uns doch gemeinsam einen Weg finden, wie Du Dein Problem lösen kannst. Wenn Du diesen Kopfschmerzkalender ausfüllst, kommen wir den Auslösern Deiner Beschwerden am schnellsten auf die Spur.

Doch zuerst: Beantworte bitte noch die 8 Fragen auf der nächsten Seite. Denn je mehr wir über Deine Angewohnheiten wissen, desto besser bekommen wir Deine Kopfschmerzen in Griff. Also, auf geht's!

Bitte fülle den Kopfschmerzkalender jeden Tag aus und bringe ihn zu unserem nächsten Gespräch in der Praxis mit.

Am besten schreibst Du alles selbstständig und ganz alleine in Deinen Kalender. Wenn Du jedoch Fragen hast, werden Dich Deine Eltern oder ich natürlich gerne unterstützen.

Viel Glück und gute Besserung,

Dein Doc

Tipps für weniger Migräne

Damit Kopfschmerzen gar nicht erst auftreten, können Dir oft schon ganz einfache Dinge helfen:

- ☺ Du solltest immer **ausreichend viel schlafen** und Deine Zubettgehzeiten am besten nicht ändern
- ☺ **Iss viel Obst, Gemüse und Vollkornprodukte** und dafür weniger Süßigkeiten
- ☺ Achte darauf, dass Du regelmäßig isst
- ☺ Nimm **genügend Flüssigkeit** zu Dir – trink am besten Wasser und Tee
- ☺ Spiel draußen an der **frischen Luft** – Bewegung ist gesund
- ☺ Mach immer mal wieder eine **Pause**
- ☺ **Entspannung kann Dir gut tun.** Deshalb wäre es prima, Du würdest eine Methode wie die progressive Muskelentspannung oder Fantasiereisen erlernen
- ☺ Medikamente bei Migräne sollten nur von Deinem Arzt verordnet werden. Für Kinder gibt es z. B. eine diätetische Behandlung mit Mikronährstoffen (Migravent®)

Ein paar Fragen zu Deinen Kopfschmerzen:

① **Kannst Du Dich erinnern, wann Du zum ersten Mal Kopfschmerzen hattest?**
○ Erst seit kurzer Zeit ○ Schon als kleines Kind ○ Seit ich in der Schule bin ○ Weiß ich nicht

② **Wie stark sind Deine Kopfschmerzen? Bitte einzeichnen.**
(1 = leicht, 5 = mittel, 10 = stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

③ **Wann beginnen Deine Kopfschmerzen meistens?** (Du kannst mehreres Ankreuzen)
○ Wenn ich unausgeschlafen bin ○ In der Schule ○ Wenn ich Ärger oder Streit hatte ○ Beim Computerspielen/Fernsehen
○ Beim Sport ○ Wenn ich zu viel Süßes oder ..... gegessen habe ○ Wenn ich erkältet bin ○ Wenn ich .....

④ **Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?**
○ Nur kurze Zeit ○ Einen halben Tag ○ Einen ganzen Tag ○ Länger als einen Tag

⑤ **Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?**
○ Ich mach einfach weiter ○ Ich mache eine Pause ○ Ich lege mich hin ○ Ich nehme ein Medikament, und zwar .....

⑥ **Hast Du schon einmal gegen Kopfschmerzen eine Medizin bekommen?**
○ Nein ○ Ja, und zwar .....

⑦ **Bist Du – von den Kopfschmerzen einmal abgesehen – ansonsten gesund?**
○ Ja ○ Nein, ich habe .....

⑧ **Haben andere Mitglieder Deiner Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?**
○ Nein ○ Ja, mein/e .....

Kopfschmerzkalender von ..... bis .....

Woche 1	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein

Woche 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein

Woche 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein

Woche 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹	☺ 😐 ☹
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein

Du hattest Kopfschmerzen? Dann beschreibe sie hier genauer:

An welchem Tag hattest Du Kopfschmerzen?				
Wann und wie lange hattest Du die Kopfschmerzen?	○ Morgens ○ Mittags ○ Abends ○ In der Nacht ○ Für..... Stunden	○ Morgens ○ Mittags ○ Abends ○ In der Nacht ○ Für..... Stunden	○ Morgens ○ Mittags ○ Abends ○ In der Nacht ○ Für..... Stunden	○ Morgens ○ Mittags ○ Abends ○ In der Nacht ○ Für..... Stunden
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	○ Leicht ○ Mittel ○ Stark	○ Leicht ○ Mittel ○ Stark	○ Leicht ○ Mittel ○ Stark	○ Leicht ○ Mittel ○ Stark
Wo hattest Du die Kopfschmerzen? Beantworte bitte lila und grün.	○ Im Bereich der Augen ○ Oben auf dem Kopf ○ Im Hinterkopf ○ In einer Kopfhälfte ○ Im ganzen Kopf	○ Im Bereich der Augen ○ Oben auf dem Kopf ○ Im Hinterkopf ○ In einer Kopfhälfte ○ Im ganzen Kopf	○ Im Bereich der Augen ○ Oben auf dem Kopf ○ Im Hinterkopf ○ In einer Kopfhälfte ○ Im ganzen Kopf	○ Im Bereich der Augen ○ Oben auf dem Kopf ○ Im Hinterkopf ○ In einer Kopfhälfte ○ Im ganzen Kopf
Was hat Dir heute zu schaffen gemacht?	○ Übelkeit/Schlechtsein ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Bauchschmerzen ○	○ Übelkeit/Schlechtsein ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Bauchschmerzen ○	○ Übelkeit/Schlechtsein ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Bauchschmerzen ○	○ Übelkeit/Schlechtsein ○ Erbrechen ○ Licht-/Lärm-empfindlichkeit ○ Sehstörungen ○ Bauchschmerzen ○ .....
Hast Du heute ein Medikament gegen Kopfschmerzen eingenommen?	○ Ja ..... ○ Nein	○ Ja ..... ○ Nein	○ Ja ..... ○ Nein	○ Ja ..... ○ Nein