

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 mehrere Ankreuzen)**

<input type="radio"/> Wenn ich unausgeschlafen bin	<input type="radio"/> In der Schule	<input type="radio"/> Wenn ich Ärger oder Streit hatte	<input type="radio"/> Beim Computerspielen/ Fernsehen
<input type="radio"/> Beim Sport	<input type="radio"/> Wenn ich zu viel Süßes oder ..... gegessen habe	<input type="radio"/> Wenn ich erkältet bin	<input type="radio"/> Wenn ich .....
- 4 **Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?**

<input type="radio"/> Nur kurze Zeit	<input type="radio"/> Einen halben Tag	<input type="radio"/> Einen ganzen Tag	<input type="radio"/> Länger als einen Tag
--------------------------------------	--	--	--
- 5 **Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?**

<input type="radio"/> Ich mach einfach weiter	<input type="radio"/> Ich mache eine Pause	<input type="radio"/> Ich lege mich hin	<input type="radio"/> Ich nehme ein Medikament, und zwar .....
---	--	---	--
- 6 **Hast Du schon einmal gegen Kopfschmerzen eine Medizin bekommen?**

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, und zwar .....
----------------------------	--
- 7 **Bist Du – von den Kopfschmerzen einmal abgesehen – ansonsten gesund?**

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein, ich habe .....
--------------------------	--
- 8 **Haben andere Mitglieder Deiner Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?**

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						

  

Woche 2	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						

  

Woche 3	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						

  

Woche 4	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie war Dein Tag?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Was ist heute Besonderes passiert?							
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein						

## Du hattest Kopfschmerzen? Dann beschreibe sie hier genauer:

An welchem Tag hattest Du Kopfschmerzen?

--	--	--	--

Wann und wie lange hattest Du die Kopfschmerzen?

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Morgens          | <input type="radio"/> Morgens          | <input type="radio"/> Morgens          | <input type="radio"/> Morgens          |
| <input type="radio"/> Mittags          | <input type="radio"/> Mittags          | <input type="radio"/> Mittags          | <input type="radio"/> Mittags          |
| <input type="radio"/> Abends           | <input type="radio"/> Abends           | <input type="radio"/> Abends           | <input type="radio"/> Abends           |
| <input type="radio"/> In der Nacht     |
| <input type="radio"/> Für..... Stunden |

Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?

- |                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Leicht | <input type="radio"/> Leicht | <input type="radio"/> Leicht | <input type="radio"/> Leicht |
| <input type="radio"/> Mittel | <input type="radio"/> Mittel | <input type="radio"/> Mittel | <input type="radio"/> Mittel |
| <input type="radio"/> Stark  | <input type="radio"/> Stark  | <input type="radio"/> Stark  | <input type="radio"/> Stark  |

Wo hattest Du die Kopfschmerzen? Beantworte bitte lila und grün.

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Im Bereich der Augen |
| <input type="radio"/> Oben auf dem Kopf    |
| <input type="radio"/> Im Hinterkopf        |
| <input type="radio"/> In einer Kopfhälfte  |
| <input type="radio"/> Im ganzen Kopf       |

Was hat Dir heute zu schaffen gemacht?



- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein      | <input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein      | <input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein      | <input type="radio"/> Übelkeit/Schlechtsein      |
| <input type="radio"/> Erbrechen                  | <input type="radio"/> Erbrechen                  | <input type="radio"/> Erbrechen                  | <input type="radio"/> Erbrechen                  |
| <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit | <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit | <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit | <input type="radio"/> Licht-/Lärmempfindlichkeit |
| <input type="radio"/> Sehstörungen               | <input type="radio"/> Sehstörungen               | <input type="radio"/> Sehstörungen               | <input type="radio"/> Sehstörungen               |
| <input type="radio"/> Bauchschmerzen             | <input type="radio"/> Bauchschmerzen             | <input type="radio"/> Bauchschmerzen             | <input type="radio"/> Bauchschmerzen             |
| <input type="radio"/> .....                      | <input type="radio"/> .....                      | <input type="radio"/> .....                      | <input type="radio"/> .....                      |

Hast Du heute ein Medikament gegen Kopfschmerzen eingenommen?

- |                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja ..... |
| <input type="radio"/> Nein     | <input type="radio"/> Nein     | <input type="radio"/> Nein     | <input type="radio"/> Nein     |