



Mein Migränetagebuch

Monat _____

Tag	Schmerzdauer Uhrzeit / Stunden							Schmerz- stärke			Auslöser			Anzahl der eingenommenen Medikamente			Behandlungs- erfolg		
	6	9	12	15	18	21	24	1	2	3	P*	W*	S*	A*	B*	C*	Ja	Etwas	Nein
Bsp.								X					X	X			X		
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																			

P* = Periode W* = Wetter S* = Stress

Medikamente: A* _____ B* _____ C* _____

Bitte kreisen Sie die Wochenenden ein !!!

Eine genaue Dokumentation von Häufigkeit, Dauer und äußeren Umständen der Migräne (z.B. Zusammenhang mit Wochenende, Periode usw.) sind Grundvoraussetzung für das bessere Verstehen Ihres individuellen Leidens.

Mit Hilfe dieses über mehrere Monate hinweg übersichtlich ausgefüllten Migränekalenders und der dabei vermerkten Häufigkeit Ihrer eingenommenen Medikamente ist es dann für Ihren behandelnden Arzt leichter, Ihr Leid und Ihr Leiden zu verringern.