

MIGRÄNE-TAGEBUCH

Anleitung

Du musst das Tagebuch nicht während einer Migräneattacke ausfüllen. Warte einfach, bis es dir wieder besser geht. Dann kannst du alles ganz in Ruhe nachtragen. Lass dir gerne von einer erwachsenen Person dabei helfen.

Stärke: Wie „stark“ die Migräne war. Ein Blitz für ein bisschen, zwei Blitze für mittel und drei Blitze für sehr stark.

Dauer: Wie lange hattest du die Migräne?

Schmerzen: Welche Art von Schmerzen hattest du? Wenn du gar keine Schmerzen hattest (sondern dir z. B. nur übel war), musst du gar nichts ankreuzen.

Trigger: Weißt du was die Migräne vielleicht ausgelöst haben könnte?

Symptome: Welche Symptome hattest du? Wenn du magst, kannst du auch die kleine Mäusefigur nutzen, um hinzumalen, wo du das Symptom gespürt hast.

Medikament(e): Hast du ein Medikament eingenommen? Wenn ja, welches?

Hat das Medikament geholfen? Ja? Nein? Wenn du kein Medikament eingenommen hast, musst du gar nichts ankreuzen.

Das habe ich gemacht: Hast du etwas gegen die Migräne unternommen?

Hat etwas davon geholfen? Hast du das Gefühl, dass etwas von den Dingen, die du gegen die Migräne unternommen hast, geholfen hat?


Notizen: Hier hast du Platz für weitere Anmerkungen. Vielleicht ist dir etwas Bestimmtes während der Attacke aufgefallen? Wenn dir nichts aufgefallen ist, dann kannst du die Zeilen natürlich leer lassen.

MIGRÄNE-TAGEBUCH

VON 1.6.
 BIS 7.6.

MONTAG

STÄRKE	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
DAUER	2 Stunden
SCHMERZEN	<input type="checkbox"/> pochende Kopfschmerzen <input checked="" type="checkbox"/> drückende Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
TRIGGER	<input checked="" type="checkbox"/> Schulstress <input type="checkbox"/> Essen ausgelassen <input type="checkbox"/> wenig/schlecht geschlafen <input checked="" type="checkbox"/> Test
SYMPTOME	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input checked="" type="checkbox"/> Schwindel
MEDIKAMENT(E)
HAT DAS MEDIKAMENT GEHOLFEN?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DAS HABE ICH GEMACHT:	<input type="checkbox"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input checked="" type="checkbox"/> Kühlkissen <input checked="" type="checkbox"/> Musik
HAT ETWAS DAVON GEHOLFEN?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
NOTIZEN	Kühlkissen hat besser geholfen als Wärmekissen





	MONTAG	DIENSTAG	MITTTWOC	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
STÄRKE							
DAUER							
SCHMERZEN	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> pochende Kopfschmerzen <input type="radio"/> drückende Kopfschmerzen <input type="radio"/> Bauchschmerzen
TRIGGER	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen	<input type="radio"/> Schulstress <input type="radio"/> Essen ausgelassen <input type="radio"/> wenig/schlecht geschlafen
SYMPTOME	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Schwindel
MEDIKAMENTE(E)							
HAT DAS MEDIKAMENT GEHOLFEN?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
DAS HABE ICH GEMACHT:	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen	<input type="radio"/> Mich ins dunkle Zimmer gelegt <input type="radio"/> Kühlkissen
HAT ETWAS DAVON GEHOLFEN?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
NOTIZEN							