

# Mein Migränekalender

Jetzt die eigene Migräne  
dokumentieren und die PDF  
regelmässig ausfüllen!



# *Verschaufe dir Gehör, und sprich mit deinem Arzt über deine Migräne.*

Bereite dich auf das Gespräch mit deinem Arzt vor und halte die Fragen bereit, die du deinem Arzt stellen möchtest.

Inwieweit beeinträchtigt die Migräne dein Leben  
(Beruf/Familie/Freunde/Hobbys)?

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie zufrieden bist du mit deiner derzeitigen Migräne-Therapie?

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie schnell wirkt deine derzeitige Medikation?

---

---

---

---

Leidest du oft an Übelkeit oder Erbrechen?  
Fühlst du dich bei der Einnahme der Tablette beeinträchtigt?

---

---

---

---

Welche alternativen Anwendungsformen neben der Tablette kommen für mich in Frage?

---

---

---

---

# Monat 1

Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 1-10

Medikament<sup>1</sup>:

\*Mögliche Auslöser:

- a. Zu wenig getrunken
- b. Wetterumschwünge
- c. Stress
- d. Starke Gerüche
- e. Schokolade
- f. Schlafmangel
- g. Nackenschmerzen
- h. Mahlzeit übersprungen
- i. Koffein
- j. Hohe Luftfeuchtigkeit
- k. Helles Sonnenlicht
- l. Depressive Stimmung
- m. Alkohol
- n. Weitere mögliche Auslöser:

\*\*Ort:

- I. zu Hause
- II. auf der Arbeit
- III. beim Einkaufen
- IV. beim Sport
- V. im Restaurant

VI. \_\_\_\_\_

VII. \_\_\_\_\_

VIII. \_\_\_\_\_

IX. \_\_\_\_\_

V. \_\_\_\_\_

Tag	Schmerzart und Ort									Begleitsymptome							Behandlung								
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament <sup>1</sup>	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung <sup>2</sup>	Hat die alternative Behandlung geholfen?		
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																									

Andere Behandlung<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*weitere Symptome:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*Vorboten:

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ungewöhnlich aufgedreht   | 8. Kribbeln in Augennähe       |
| 2. Steife Muskeln            | 9. Kribbeln im Kopf            |
| 3. Sprachstörung             | 10. Kribbeln im Hals           |
| 4. Schwäche                  | 11. Kopfschmerzen              |
| 5. Reizbarkeit               | 12. Gähnen                     |
| 6. Optische Beeinträchtigung | 13. Angstzustände              |
| 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen | 14. Weitere mögliche Vorboten: |

\_\_\_\_\_

**Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 1-10**

**Medikament<sup>1</sup>:**

\_\_\_\_\_

**\*Mögliche Auslöser:**

- a. Zu wenig getrunken
  - b. Wetterumschwünge
  - c. Stress
  - d. Starke Gerüche
  - e. Schokolade
  - f. Schlafmangel
  - g. Nackenschmerzen
  - h. Mahlzeit übersprungen
  - i. Koffein
  - j. Hohe Luftfeuchtigkeit
  - k. Helles Sonnenlicht
  - l. Depressive Stimmung
  - m. Alkohol
  - n. Weitere mögliche Auslöser:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**\*\*Ort:**

- I. zu Hause
- II. auf der Arbeit
- III. beim Einkaufen
- IV. beim Sport
- V. im Restaurant

VI. \_\_\_\_\_

VII. \_\_\_\_\_

VIII. \_\_\_\_\_

IX. \_\_\_\_\_

V. \_\_\_\_\_

Tag	Schmerzart und Ort									Begleitsymptome							Behandlung							
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament <sup>1</sup>	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung <sup>2</sup>	Hat die alternative Behandlung geholfen?	
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																								

**Andere Behandlung<sup>2</sup>:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*\*\*weitere Symptome:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*\*Vorboten:**

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ungewöhnlich aufgedreht   | 8. Kribbeln in Augennähe       |
| 2. Steife Muskeln            | 9. Kribbeln im Kopf            |
| 3. Sprachstörung             | 10. Kribbeln im Hals           |
| 4. Schwäche                  | 11. Kopfschmerzen              |
| 5. Reizbarkeit               | 12. Gähnen                     |
| 6. Optische Beeinträchtigung | 13. Angstzustände              |
| 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen | 14. Weitere mögliche Vorboten: |
- \_\_\_\_\_

Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 1-10

Medikament<sup>1</sup>:

\*Mögliche Auslöser:

- a. Zu wenig getrunken
- b. Wetterumschwünge
- c. Stress
- d. Starke Gerüche
- e. Schokolade
- f. Schlafmangel
- g. Nackenschmerzen
- h. Mahlzeit übersprungen
- i. Koffein
- j. Hohe Luftfeuchtigkeit
- k. Helles Sonnenlicht
- l. Depressive Stimmung
- m. Alkohol
- n. Weitere mögliche Auslöser:

\*\*Ort:

- I. zu Hause
- II. auf der Arbeit
- III. beim Einkaufen
- IV. beim Sport
- V. im Restaurant

- VI. \_\_\_\_\_
- VII. \_\_\_\_\_
- VIII. \_\_\_\_\_
- IX. \_\_\_\_\_
- V. \_\_\_\_\_

Tag	Schmerzart und Ort									Begleitsymptome								Behandlung						
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament <sup>1</sup>	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung <sup>2</sup>	Hat die alternative Behandlung geholfen?	
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																								

Andere Behandlung<sup>2</sup>:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*\*weitere Symptome:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*Vorboten:

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ungewöhnlich aufgedreht   | 8. Kribbeln in Augennähe       |
| 2. Steife Muskeln            | 9. Kribbeln im Kopf            |
| 3. Sprachstörung             | 10. Kribbeln im Hals           |
| 4. Schwäche                  | 11. Kopfschmerzen              |
| 5. Reizbarkeit               | 12. Gähnen                     |
| 6. Optische Beeinträchtigung | 13. Angstzustände              |
| 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen | 14. Weitere mögliche Vorboten: |

Stärke des Schmerzes  
auf einer Skala von 1-10

Medikament<sup>1</sup>:

\*Mögliche Auslöser:

- a. Zu wenig getrunken
- b. Wetterumschwünge
- c. Stress
- d. Starke Gerüche
- e. Schokolade
- f. Schlafmangel
- g. Nackenschmerzen
- h. Mahlzeit übersprungen
- i. Koffein
- j. Hohe Luftfeuchtigkeit
- k. Helles Sonnenlicht
- l. Depressive Stimmung
- m. Alkohol
- n. Weitere mögliche Auslöser:

\*\*Ort:

- I. zu Hause
- II. auf der Arbeit
- III. beim Einkaufen
- IV. beim Sport
- V. im Restaurant

- VI. \_\_\_\_\_
- VII. \_\_\_\_\_
- VIII. \_\_\_\_\_
- IX. \_\_\_\_\_
- V. \_\_\_\_\_

Tag	Schmerzart und Ort									Begleitsymptome							Behandlung								
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament <sup>1</sup>	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung <sup>2</sup>	Hat die alternative Behandlung geholfen?		
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																									

Andere Behandlung<sup>2</sup>:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*\*weitere Symptome:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*Vorboten:

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ungewöhnlich aufgedreht   | 8. Kribbeln in Augennähe       |
| 2. Steife Muskeln            | 9. Kribbeln im Kopf            |
| 3. Sprachstörung             | 10. Kribbeln im Hals           |
| 4. Schwäche                  | 11. Kopfschmerzen              |
| 5. Reizbarkeit               | 12. Gähnen                     |
| 6. Optische Beeinträchtigung | 13. Angstzustände              |
| 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen | 14. Weitere mögliche Vorboten: |

Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 1-10

Medikament<sup>1</sup>:

\*Mögliche Auslöser:

- a. Zu wenig getrunken
- b. Wetterumschwünge
- c. Stress
- d. Starke Gerüche
- e. Schokolade
- f. Schlafmangel
- g. Nackenschmerzen
- h. Mahlzeit übersprungen
- i. Koffein
- j. Hohe Luftfeuchtigkeit
- k. Helles Sonnenlicht
- l. Depressive Stimmung
- m. Alkohol
- n. Weitere mögliche Auslöser:

\*\*Ort:

- I. zu Hause
- II. auf der Arbeit
- III. beim Einkaufen
- IV. beim Sport
- V. im Restaurant

- VI. \_\_\_\_\_
- VII. \_\_\_\_\_
- VIII. \_\_\_\_\_
- IX. \_\_\_\_\_
- V. \_\_\_\_\_

Tag	Schmerzart und Ort									Begleitsymptome							Behandlung								
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament <sup>1</sup>	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung <sup>2</sup>	Hat die alternative Behandlung geholfen?		
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																									

Andere Behandlung<sup>2</sup>:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*\*weitere Symptome:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*Vorboten:

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ungewöhnlich aufgedreht   | 8. Kribbeln in Augennähe       |
| 2. Steife Muskeln            | 9. Kribbeln im Kopf            |
| 3. Sprachstörung             | 10. Kribbeln im Hals           |
| 4. Schwäche                  | 11. Kopfschmerzen              |
| 5. Reizbarkeit               | 12. Gähnen                     |
| 6. Optische Beeinträchtigung | 13. Angstzustände              |
| 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen | 14. Weitere mögliche Vorboten: |

Stärke des Schmerzes  
auf einer Skala von 1-10

Medikament<sup>1</sup>:

\*Mögliche Auslöser:

- a. Zu wenig getrunken
- b. Wetterumschwünge
- c. Stress
- d. Starke Gerüche
- e. Schokolade
- f. Schlafmangel
- g. Nackenschmerzen
- h. Mahlzeit übersprungen
- i. Koffein
- j. Hohe Luftfeuchtigkeit
- k. Helles Sonnenlicht
- l. Depressive Stimmung
- m. Alkohol
- n. Weitere mögliche Auslöser:

\*\*Ort:

- I. zu Hause
- II. auf der Arbeit
- III. beim Einkaufen
- IV. beim Sport
- V. im Restaurant

- VI. \_\_\_\_\_
- VII. \_\_\_\_\_
- VIII. \_\_\_\_\_
- IX. \_\_\_\_\_
- V. \_\_\_\_\_

Tag	Schmerzart und Ort									Begleitsymptome							Behandlung						
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament <sup>1</sup>	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung <sup>2</sup>	Hat die alternative Behandlung geholfen?
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																							

Andere Behandlung<sup>2</sup>:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*\*weitere Symptome:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\*\*\*Vorboten:

- 1. Ungewöhnlich aufgedreht
- 2. Steife Muskeln
- 3. Sprachstörung
- 4. Schwäche
- 5. Reizbarkeit
- 6. Optische Beeinträchtigung
- 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen
- 8. Kribbeln in Augennähe
- 9. Kribbeln im Kopf
- 10. Kribbeln im Hals
- 11. Kopfschmerzen
- 12. Gähnen
- 13. Angstzustände
- 14. Weitere mögliche Vorboten: