



migraeneohnemich



Migräne Ohne Mich

Mein Migränekalender

Jetzt die eigene Migräne dokumentieren und die PDF regelmässig ausfüllen!



M-ZOM-CH-11-19-0004



migräne-ohne-mich.ch

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

Medikament¹:

*Mögliche Auslöser:

- Zu wenig getrunken
- Wetterumschwünge
- Stress
- Starke Gerüche
- Schokolade
- Schlafmangel
- Nackenschmerzen
- Mahlzeit übersprungen
- Koffein
- Hohe Luftfeuchtigkeit
- Helles Sonnenlicht
- Depressive Stimmung
- Alkohol
- Weitere mögliche Auslöser:

**Ort:

- zu Hause
- auf der Arbeit
- beim Einkaufen
- beim Sport
- 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 ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	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 Behandlung²:

****weitere Symptome:

***Vorboten:

- Ungewöhnlich aufgedreht
- Steife Muskeln
- Sprachstörung
- Schwäche
- Reizbarkeit
- Optische Beeinträchtigung
- Müdigkeit/Muskelschmerzen
- Kribbeln in Augennähe
- Kribbeln im Kopf
- Kribbeln im Hals
- Kopfschmerzen
- Gähnen
- Angstzustände
- Weitere mögliche Vorboten:

Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 1-10

Medikament¹:

***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 ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	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 Behandlung²:

******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

Medikament¹:

*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 ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	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 Behandlung²:

- _____
- _____
- _____
- _____

****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:

Stärke des Schmerzes
auf einer Skala von 1-10

Medikament¹:

*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 ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	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 Behandlung²:

****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

Medikament¹:

*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 ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	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 Behandlung²:

- _____
- _____
- _____
- _____

****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

Medikament¹:

*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 ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	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 Behandlung²:

- _____
- _____
- _____
- _____

****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: