

# Kopfschmerz Chronologie.

DR. KRAUS

WAHLÄRZTIN FÜR NEUROLOGIE  
UND ALLGEMEINMEDIZIN

Datum/Uhrzeit/Aktivität	Periode	Kopfschmerz	Schmerzart	Seite	Begleit-Symptome	Aura-Symptome	Medikament	Anmerkung
MO ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____
DI ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____
MI ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____
DO ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____
FR ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____
SA ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____
SO ☺ 🏃	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> pochend / klopfend <input type="radio"/> dumpf / drückend <input type="radio"/> anders ▼	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> vo <input type="radio"/> hi	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Lichtscheu <input type="radio"/> Lärmscheu <input type="radio"/> sonstiges ▼	<input type="radio"/> Lichtblitze <input type="radio"/> Sprachausfall <input type="radio"/> Gesichtsfeldausfall <input type="radio"/> einseitige Bamstigkeit	_____	_____

Liebe Patientin, lieber Patient! Die Führung eines Kopfschmerz-Tagebuches hat sich sehr gut bewährt um die Ursache der Schmerzen schnellstmöglich zu eruieren und somit eine rasche Diagnose zu erreichen. Weiters ist diese Chronologie ein hilfreiches Mittel zur Therapiebegleitung. Ich ersuche Sie deshalb um die tägliche Eintragung zur Vorbereitung für unser Gespräch. Bitte drucken Sie diese Vorlage einfach aus, tragen Sie Ihre Angaben händisch ein und bringen Sie die Aufzeichnungen zum Termin mit! **Ihre Dr. Viktoria Cäcilia Kraus**