

## Vorbereitung für die **Kopfschmerzsprechstunde**

**Liebe Patientin, lieber Patient,  
Sie haben aufgrund von Kopfschmerzen einen Termin bei uns.  
Um diesen optimal nutzen zu können, bitten wir Sie um eine Vorbereitung.**

## Vorbereitung für die Kopfschmerzsprechstunde:

- Es gibt sehr **verschiedene Kopfschmerzarten**, nicht selten leiden Betroffene eigentlich unter **mehreren Kopfschmerzarten**. Oft ist die Therapie gleich oder ähnlich, sobald es jedoch um die Therapie mit Medikamenten geht, ist eine genaue Einteilung sehr wichtig. Eine Kalendervorlage finden Sie am Ende des Dokuments, bitte füllen Sie diese daher möglichst akkurat aus.
- Oft gibt es immer **wiederkehrende Auslöser**, die es zu erkennen gilt. Wir möchten Sie daher bitten, den Kalender für **mindestens 8 Wochen** zu führen, um auch seltenere Auslöser, wie z.B. die Menstruation, zu erfassen.
- Es gibt auch Umstände, welche die Kopfschmerzfrequenz verbessern (geregelter Lebens- und Schlafrhythmus, moderater Ausdauersport,...). Auch dies soll bereits durch den Kalender erfasst werden.

## **Ausprobieren nichtmedikamentöser Therapien:**

**Es gibt zahlreiche Möglichkeiten günstig auf den Kopfschmerz Einfluss zu nehmen. Es wäre gut, wenn Sie sich bereits im Vorfeld informieren und manches auch schon einmal ausprobieren.**

## **Für alle Kopfschmerzarten günstig sind:**

- Moderater Ausdauersport (zügiges Spazierengehen, Nordic Walking, Fahrradfahren, Schwimmen,...)**
- Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Yoga, Tai Chi,...). Informationen hierzu finden Sie z.B. auf der Seite Ihrer Krankenkasse.**
- Einhalten eines geregelten Tages- und Schlafrythmus, ausreichende Trinkmenge.**
- Einige Betroffene profitieren gut von 10% Pfefferminzöl oder Tigerbalsam.**

**Klärung möglicher weiterer Auslösefaktoren:**

**Falls Sie einen Kontrolltermin beim Zahnarzt haben, fragen Sie ihn bitte nach einem Zähneknirschen oder einer Fehlstellung des Kiefergelenkes.**

**Bei Schülern und allen am Bildschirm Tätigen: lassen Sie bitte Ihre Sehschärfe in die Ferne (z.B. Tafel in der Schule) und in der Nähe (Bildschirm) überprüfen.**

**Bitte unbedingt zum nächsten Termin mitbringen, falls vorhanden:**

- **MRT von Kopf und/oder Hals**
- **Vorbefunde**
- **Medikationsplan**

# Kopfschmerzkalender

## Erklärungen der Kalenderspalten:

- **Stärke:** In welcher Ausprägung taucht der Schmerz auf? Bitte stellen Sie sich dazu eine Skala von 0-10 vor und geben Sie die Stärke an.
- **Auslöser:** Mögliche häufige Auslöser sind z.B. unregelmäßiges Trinken/Essen/Schlafen, Stress, das Wetter, die Periode, ungünstige Haltungen beim Sitzen...
- **Begleitscheinungen:** Licht-/Lärmempfindlichkeit, Sehstörungen, Ruhebedarf/Bewegungsunruhe, Übelkeit, gerötete Augen,...
- **Dauer:** Wie lang dauerten die Kopfschmerzen an?
- **Medikament:** Haben Sie ein Medikament eingenommen? Wenn ja welches in welcher Dosierung?
- **Qualität:** Drückend, pochend, stechend, einseitig, beidseitig...
- **Lokalisation:** Wo genau tritt der Kopfschmerz auf (Position, einseitig, beidseitig...)

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 1



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 2



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 3



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 4



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 5



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 6



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 7



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |

# Kopfschmerzkalender

Von: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Woche 8



| Tag | Stärke | Auslöser | Begleit-<br>erscheinung | Dauer | Medikament | Qualität | Lokalisation | Bemerkungen |
|-----|--------|----------|-------------------------|-------|------------|----------|--------------|-------------|
| 1   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 2   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 3   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 4   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 5   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 6   |        |          |                         |       |            |          |              |             |
| 7   |        |          |                         |       |            |          |              |             |