

Kopfschmerztagebuch für 30 Tage

So ordnen Sie Ihre Notizen zu Kopfschmerzen vor einem Arzttermin

Erstellt von Dr. Rakan Alabdul Razzak, Consultant Neurologist

So nutzen Sie dieses Tagebuch

1. Füllen Sie jeden Tag eine Zeile aus – auch an Tagen ohne Kopfschmerzen. Tragen Sie an kopfschmerzfreien Tagen bei der Stärke eine 0 ein. Diese Tage sind genauso wichtig wie Tage mit Kopfschmerzen.
2. Notieren Sie alles am selben Tag, am besten bald nach den Kopfschmerzen, solange Sie sich noch gut an die Einzelheiten erinnern.
3. Tragen Sie jede Einnahme eines Medikaments gegen Kopfschmerzen ein, auch rezeptfreie Schmerzmittel.
4. Kreisen Sie in jeder Zeile einfach die zutreffenden Zahlen und Buchstaben ein. Die Erklärung steht oben auf jeder Tagebuchseite. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
5. Nehmen Sie das Tagebuch zu Ihrem Arzttermin mit, zusammen mit einer Liste aller Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie verwenden.

Beobachten heißt nicht beweisen

Dieses Tagebuch hilft Ihnen, Muster zu erkennen. Wenn Sie einen Faktor notieren – etwa eine kurze Nacht oder eine ausgelassene Mahlzeit –, heißt das nicht, dass er die Kopfschmerzen ausgelöst hat. Manches tritt zufällig gemeinsam auf, und manche Veränderungen können frühe Anzeichen von Kopfschmerzen sein, die bereits begonnen hatten. Besprechen Sie mögliche Muster mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, bevor Sie größere Änderungen vornehmen.

Ihr Tagebuch bleibt bei Ihnen

Drucken Sie das Tagebuch aus oder füllen Sie es auf Ihrem eigenen Gerät aus. Bitte senden Sie ausgefüllte Seiten weder an uns noch per E-Mail. Zeigen Sie sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt beim Termin.

Wann Sie nicht warten sollten

Dieses Tagebuch ist nicht für Notfälle gedacht. Suchen Sie sofort ärztliche Hilfe bei plötzlich einsetzenden, sehr starken Kopfschmerzen; bei Kopfschmerzen mit Fieber, Nackensteifigkeit, Verwirrtheit, Schwäche, Taubheitsgefühl, Sprachstörungen oder Sehverlust; bei Kopfschmerzen nach einer Kopfverletzung; oder bei neuen oder völlig andersartigen Kopfschmerzen, besonders wenn Sie über 50 Jahre alt oder schwanger sind oder Ihr Immunsystem geschwächt ist.

Erfundenes Beispiel

ERFUNDENES BEISPIEL: keine echte Patientin, kein echter Patient. Nur zur Veranschaulichung.

Tag / Datum	Beginn	Stunden	Stärke	Symptome	Medikament, Dosis, Uhrzeit	Geholfen?	Auswirkung	Notizen: Schlaf, Essen, Sonstiges
3. März	07:30	6	0 1 ② 3	Ü E L G S A	Medikament A, 1 Tablette, 08:00	J T N	N E A	Etwa 5 Stunden geschlafen; kein Frühstück
4. März	–	–	0 1 2 3	Ü E L G S A	–	J T N	N E A	Etwa 7 Stunden geschlafen

Medikamentennamen wurden bewusst weggelassen. Tragen Sie in Ihrem eigenen Tagebuch den tatsächlichen Namen und die Dosis ein. In diesem Beispiel fällt auf, dass vor zwei Kopfschmerztagen wenig Schlaf oder eine Reise lag. Das ist erwähnenswert, beweist aber nicht, dass eines davon die Kopfschmerzen ausgelöst hat.

Tägliche Einträge · 1–15

Erklärung · Kreisen Sie in jeder Zeile Zutreffendes ein.

Stärke (0–3): **(0)** Keine Kopfschmerzen · **(1)** Leicht (Sie können Ihren gewohnten Tätigkeiten nachgehen.) ·

(2) Mittel (Gewohnte Tätigkeiten fallen schwerer, sind aber möglich.) · **(3)** Stark (Sie können Ihren gewohnten Tätigkeiten nicht nachgehen.)

Begleitsymptome: **(Ü)** Übelkeit · **(E)** Erbrechen · **(L)** Lichtempfindlichkeit · **(G)** Geräuschempfindlichkeit ·

(S) Sehstörungen vor oder während der Kopfschmerzen, z. B. Zickzacklinien oder Lichtblitze · **(A)** Andere: kurz unter „Beobachtungen“ beschreiben

Hat das Medikament geholfen?: **(J)** Ja, deutlich · **(T)** Teilweise · **(N)** Nein · **(–)** Kein Medikament

Auswirkung auf den Tag: **(N)** Normal: keine Änderung Ihrer Pläne · **(E)** Eingeschränkt: Sie haben weniger geschafft oder langsamer gearbeitet ·

(A) Ausgefallen: Arbeit, Ausbildung, Familie oder Freizeit ausgefallen, oder Sie mussten sich hinlegen

Beobachtungen (optional): Notieren Sie, was Ihnen auffällt, zum Beispiel Schlafdauer, ausgelassene oder späte Mahlzeiten, Trinkmenge, Ihre Periode (falls zutreffend), ungewöhnlichen Stress, körperliche Anstrengung, Reisen oder lange Bildschirmzeit. Sie müssen nicht jeden Punkt ausfüllen.

Tag / Datum	Beginn	Stunden	Stärke	Symptome	Medikament, Dosis, Uhrzeit	Geholfen?	Auswirkung	Notizen: Schlaf, Essen, Sonstiges
Tag 1			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 2			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 3			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 4			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 5			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 6			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 7			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 8			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 9			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 10			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 11			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 12			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 13			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 14			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 15			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	

Tägliche Einträge · 16–30

Erklärung · Kreisen Sie in jeder Zeile Zutreffendes ein.

Stärke (0–3): **0** Keine Kopfschmerzen · **1** Leicht (Sie können Ihren gewohnten Tätigkeiten nachgehen.) ·

2 Mittel (Gewohnte Tätigkeiten fallen schwerer, sind aber möglich.) · **3** Stark (Sie können Ihren gewohnten Tätigkeiten nicht nachgehen.)

Begleitsymptome: **Ü** Übelkeit · **E** Erbrechen · **L** Lichtempfindlichkeit · **G** Geräuschempfindlichkeit ·

S Sehstörungen vor oder während der Kopfschmerzen, z. B. Zickzacklinien oder Lichtblitze · **A** Andere: kurz unter „Beobachtungen“ beschreiben

Hat das Medikament geholfen?: **J** Ja, deutlich · **T** Teilweise · **N** Nein · **–** Kein Medikament

Auswirkung auf den Tag: **N** Normal: keine Änderung Ihrer Pläne · **E** Eingeschränkt: Sie haben weniger geschafft oder langsamer gearbeitet ·

A Ausgefallen: Arbeit, Ausbildung, Familie oder Freizeit ausgefallen, oder Sie mussten sich hinlegen

Beobachtungen (optional): Notieren Sie, was Ihnen auffällt, zum Beispiel Schlafdauer, ausgelassene oder späte Mahlzeiten, Trinkmenge, Ihre Periode (falls zutreffend), ungewöhnlichen Stress, körperliche Anstrengung, Reisen oder lange Bildschirmzeit. Sie müssen nicht jeden Punkt ausfüllen.

Tag / Datum	Beginn	Stunden	Stärke	Symptome	Medikament, Dosis, Uhrzeit	Geholfen?	Auswirkung	Notizen: Schlaf, Essen, Sonstiges
Tag 16			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 17			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 18			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 19			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 20			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 21			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 22			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 23			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 24			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 25			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 26			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 27			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 28			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 29			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	
Tag 30			0 1 2 3	Ü E L G S A		J T N	N E A	

Vor Ihrem Termin: Übersicht über 30 Tage

- Tage mit Kopfschmerzen: ____ von 30
- Tage mit starken Kopfschmerzen (Stärke 3): ____
- Tage, an denen Sie ein Medikament gegen Kopfschmerzen genommen haben: ____
- Tage mit Auswirkung „A“ (ausgefallen): ____

Muster, die mir aufgefallen sind (zur Erinnerung: Beobachten ist kein Beweis für eine Ursache)

Fragen, die ich stellen möchte

Bitte mitbringen

- Dieses Tagebuch
- Eine Liste aller Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, auch rezeptfreier
- Frühere Befunde oder Arztbriefe zu Ihren Kopfschmerzen

Möglicherweise empfiehlt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt, das Tagebuch länger als 30 Tage zu führen.

Hintergrund

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211. doi:10.1177/0333102417738202
2. National Institute for Health and Care Excellence. Headaches in over 12s: diagnosis and management (CG150). Aktualisiert 2021.