


Monat: _____

An wie vielen Tagen haben Sie diesen Monat Schmerzmittel gegen Migräne/Kopfschmerzen eingenommen? _____

Ihr persönlicher Begleiter.

Kalendertage	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
Dauer in Tagen kennzeichnen wie folgt: 																															
Dauer in Stunden <input type="radio"/> bis 7 Stunden <input type="checkbox"/> 7 bis 24 Stunden																															
Stärke <input type="radio"/> schwach <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark																															
Medikamente A – D																															
Wirkung <input type="radio"/> schmerzfrei <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> schlecht <input type="checkbox"/> gar keine																															
Bitte ankreuzen:																															
Schmerzart/-ort <input type="checkbox"/> pulsierend/pochend <input type="checkbox"/> dumpf/drückend <input type="checkbox"/> einseitig (links o. rechts) <input type="checkbox"/> beidseitig u. gleichzeitig																															
Begleitsymptome <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-/Geruchs-/Lärmempfindlich <input type="checkbox"/> Seh-/Sprachstörung <input type="checkbox"/> Verstärkung durch Bewegung																															
Auslöser <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Gemütsschwankungen <input type="checkbox"/> Wochenende <input type="checkbox"/> Wetterschwankungen <input type="checkbox"/> Wechsel Schlafrhythmus <input type="checkbox"/> Menstruation <input type="checkbox"/> Rotwein <input type="checkbox"/> Käse <input type="checkbox"/> Glutamate <input type="checkbox"/> weitere Nahrungsmittel: _____ _____																															

Sie haben mehr als 10 Migräne-/Kopfschmerztagen im Monat und nehmen mehr als 10 Schmerztabletten? Dann informieren Sie sich unter www.migraene-klinik.de über notwendige Therapiekonzepte.

Migräne-/Kopfschmerz-Kalender

für _____



seit 1976

Migräne- und Kopfschmerz-Klinik Königstein

Die Kopfschmerz-Spezialisten



Liebe Patientin, lieber Patient,

Durch Ihren persönlichen Kalender gewinnen Sie mehr Informationen über Ihre Migräne/Kopfschmerzen. So können Sie Ihre Schmerzattacken reduzieren. Zusätzlich ist Ihr Kalender eine gute Basis für ein erfolgreiches Arzt-/Klinikgespräch. Darum füllen Sie diesen genau und regelmäßig aus.

Migräne-/ Kopfschmerztest

Der Test ersetzt keine Diagnostik durch den Facharzt!

TEST A

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie länger als 6 Monate unter Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| 2. Haben Sie mehr als 10 Kopfschmerzattacken pro Jahr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dauern gewöhnlich Ihre Kopfschmerzanfälle ohne Einnahme von Medikamenten zwischen 4 – 72 Stunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Treten die Schmerzen nur einseitig auf (links o. rechts)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Beeinträchtigen die Schmerzanfälle stark Ihr Leben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Empfinden Sie den Schmerz oft als pulsierend o. pochend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden Sie während Ihrer Schmerzattacken unter Übelkeit, Erbrechen, Licht-/Lärm-/Geruchsempfindlichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Verstärken sich Ihre Schmerzen durch Bewegung bzw. körperliche Anstrengung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TEST B

Sehen Sie manchmal vor Ihren Schmerzanfällen:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Lichtblitze oder Zickzacklinien? | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| 2. Verschwommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Haben Sie manchmal vor Ihren Anfällen:**
- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Lähmungserscheinungen, Mißempfindungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Taubheitsgefühle an Lippen oder Händen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TEST C

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Empfinden Sie Ihre Kopfschmerzen als dumpf u. drückend? | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| 2. Treten Ihre Kopfschmerzen an Ihrem Kopf beidseitig auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dauern Ihre Kopfschmerzanfälle 30 Min. bis 7 Tage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Treten Ihre Kopfschmerzen anfallsweise auch täglich auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie während Ihrer Kopfschmerzanfälle weder unter Übelkeit noch Erbrechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TEST-Auswertung

TEST A

1 – 3 Fragen mit JA: Sie leiden eventuell unter Migräne.

ab 4 Fragen mit JA: Ihre Migräne beeinträchtigt Ihr Leben. Suchen Sie einen Migränespezialisten o. eine Spezialklinik auf, die Sie berät.

TEST B

mind. 1 Frage mit JA: Sie haben wahrscheinlich Migräne mit Aura.

TEST C

mind. 1 Frage mit JA: Sie haben wahrscheinlich Spannungskopfschmerzen. Falls Sie aus dem TEST A zusätzlich mehr als 3 Fragen mit JA beantwortet haben, haben Sie wahrscheinlich einen kombinierten Migräne-/ Spannungskopfschmerz.

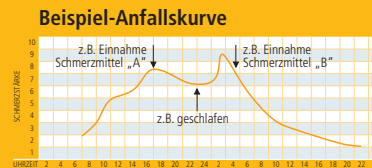
Medikamentenverordnung

Tragen Sie die Migräne-Kopfschmerz-Medikamente ein, die Sie zur Zeit einnehmen:

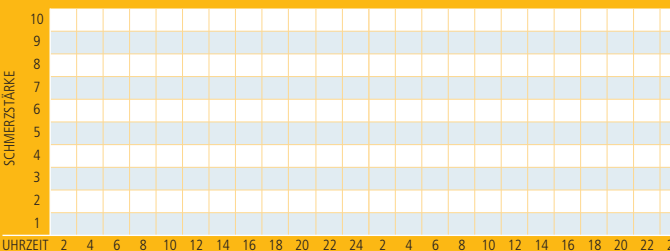
A= B=

C= D=

Anfallskurve



Ihre Anmerkungen:



Hier geben Sie an, wie sich Ihre Schmerzattacken entwickeln. Zusätzlich notieren Sie in der Tabelle, wann Sie welche Maßnahmen durchgeführt und/oder Medikamente eingenommen haben.

Therapiekonzept

Wir behandeln Sie nach neuesten Erkenntnissen der Forschung mit medikamentösen und nichtmedikamentösen Verfahren der:

- Schulmedizin • Naturheilverfahren • Psychotherapie

Wir bieten Ihnen:

- Stressmanagement im Alltag • individuelle Einzelgespräche mit Schmerzspezialisten und Psychologen • Ernährungsberatung
- Training zur Selbsthilfe mit Entspannungsverfahren

Die Klinik ist bei allen Kassen zugelassen und beihilfefähig.

Unser Tipp für Selbstzahler:

Buchen Sie eine unserer Pauschal-Intensivtherapien:

- Migräne-CheckUp, 1 Woche mit Therapie
- Burnout-CheckUp, 1 Woche mit Therapie
- 21 Tage Gesundheit schenken, 3 Wochen Intensivtherapie

Die Migräne- und Kopfschmerz-Klinik Königstein ist Mitglied im **DMKG** (Deutsche Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft), **IHS** (International Headache Society), **DGSS** (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes)

Wünschen Sie weitere schriftliche Informationen?

Senden oder faxen Sie uns den folgenden Abschnitt ausgefüllt zu.

- ✂
- Bitte schicken Sie mir einen neuen Migräne-Kalender
 - Bitte senden Sie mir weitere Infos über:

- Migräne
- Kopfschmerzen
- Pauschal-Intensivtherapien

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Migräne- und Kopfschmerz-Klinik Königstein
GmbH & Co.KG
Ölmühlweg 31
D-61462 Königstein/Taunus

Tel. 06174.2904-0
Fax 06174.2904-100
info@migraene-klinik.de
www.migraene-klinik.de

seit 1976

**Migräne- und Kopfschmerz-
Klinik Königstein**

Die Kopfschmerz-Spezialisten

