

# OLBAS® Kopfschmerztagebuch

Tag	Uhrzeit (von-bis)	Stärke <sup>1</sup>	Schmerzcharakter		Seite		Begleiterscheinung	Vermuteter Schmerzauslöser	Medikamente	Wirkung		
			pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	(z. B. Übelkeit, Erbrechen, Licht- empfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Schlafstörungen)	Beispiele <sup>2</sup>	Präparat/Dosis	gut	mittel	schlecht
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												

Monat | Jahr

---

## Schmerzstärke<sup>1</sup>

- + stark
- mittel
- = Leicht

Tragen Sie bitte das  
passende Symbol ein!

## Mögliche Auslöser<sup>2</sup>

1. Stress oder Erholung
  2. Essen
  3. Schlaf-/Wachrythmus  
gestört
  4. Menstruation
  5. Anderer Auslöser, z. B.
- 

Tragen Sie bitte die  
passende Zahl/Text ein!