

Migräne-Tagebuch

Tragen Sie an den Tagen, an denen Sie Migräne haben, das Datum ein und beantworten folgende Fragen:

Datum					
Was ist etwa zu dem Zeitpunkt passiert, als Sie Ihre Migräne bekommen haben? z.B.: Gab es Stress, nicht genug Schlaf, etwas Besonderes gegessen ...?					
Wann hatten Sie heute Migräne?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts
Wie lange dauerte die Migräne?	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden
Wie stark waren die Schmerzen?	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Haben Sie Medikamente genommen? Wenn ja, welche und wie viele?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: