|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie war der Tag?  Bitte notieren Sie das Ausmaß der Beschwerden von 1-5 | Montag | | Dienstag | | Mittwoch | | Donnerstag | | Freitag | | Samstag | | Sonntag | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| angespannt, gereizt, erregt | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | |
| Ich hatte Ärger mit anderen | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | |
| Ich hatte Stress, Druck | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 | |
| Ich hatte Kopfschmerzen | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Stärke von 1-10 bitte ankreuzen | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| Bitte markieren Sie die betroffenen Bereiche auf der Gesichtshälfte und die Seiten rechts=r links = l |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Ich konnte nicht arbeiten | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Freizeitaktivitäten fielen aus | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Begleitsymptome: | | | | | | | | | | | | | | |
| Übelkeit | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Erbrechen | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Schwindel | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Lichtempfindlichkeit | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Lärmempfindlichkeit | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Die Schmerzen waren: | | | | | | | | | | | | | | |
| pochend/ pulsierend | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| drückend/dumpf | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Körperliche Anstrengung verstärken die Schmerzen | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Medikamente genommen | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Name Medikament |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |