

AOK LKK BKK IKK VdAK AVE Knappschaft		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am:
Kassen-Nr.	Versicherungs-Nr.	Status
Vertrags-Nr.	VK gültig bis	Datum

Schmerztagebuch

Naturheilverfahren in der Behandlung
von Migräne und chronischen Kopfschmerzen

Geführt von: _____
Name, Adresse

Begonnen am: _____
Datum

Adresse des Hausarztes

(Name / Fachrichtung)

(Strasse)

(PLZ / Ort)

(Telefon)

Adresse der Krankenkasse

(Name / Sacharbeiter)

(Strasse)

(PLZ / Ort)

(Telefon)

Dr. med. R. M. Bachmann
Postfach 1143 D-86814 Bad Wörishofen
Tel.: 0171 / 6225116
Fax: 08245 / 4301
www.drbachmann.de
Email: drbachmann@t-online.de

Name, Vorname		Datum:																																
Datum		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		
Migräneanfall																																		
andere Kopfschmerzen																																		
Dauer in Stunden																																		
Intensität d. Schmerzen																																		
Medikamenten- einheit																																		
Stimmungslage																																		
Arbeits-unfähigkeit																																		

Name, Vorname		Datum:																																	
Datum		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			
Migräneanfall																																			
andere Kopfschmerzen																																			
Dauer in Stunden																																			
Intensität d. Schmerzen																																			
Medikamenten- einheit																																			
Stimmungslage																																			
Arbeits-unfähigkeit																																			

Name, Vorname		Datum:																																		
Datum		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				
Migräneanfall																																				
andere Kopfschmerzen																																				
Dauer in Stunden																																				
Intensität d. Schmerzen																																				
Medikamenten- einheit																																				
Stimmungslage																																				
Arbeits-unfähigkeit																																				

Name, Vorname

Datum:

Datum	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	
Migräneanfall																																
andere Kopfschmerzen																																
Dauer in Stunden																																
Intensität d. Schmerzen																																
Medikamenten- einheit																																
Stimmungslage																																
Arbeits-unfähigkeit																																

Name, Vorname

Datum:

Datum	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	
Migräneanfall																																
andere Kopfschmerzen																																
Dauer in Stunden																																
Intensität d. Schmerzen																																
Medikamenten- einheit																																
Stimmungslage																																
Arbeits-unfähigkeit																																

Name, Vorname

Datum:

Datum	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	
Migräneanfall																																
andere Kopfschmerzen																																
Dauer in Stunden																																
Intensität d. Schmerzen																																
Medikamenten- einheit																																
Stimmungslage																																
Arbeits-unfähigkeit																																

Wir bitten Sie, das Schmerztagebuch exakt zu führen. Anbei einige Bemerkungen:

- Datum:** Machen Sie an jedem Tag des Monats eine Eintragung, nicht nur an den Kopfschmerz Tagen.
- Migräne:** An jedem Tag mit Migräne tragen Sie ein Kreuz (X) in diese Spalte ein.
- Kopfschmerzen:** Bei anderen Kopfschmerzen tragen Sie am entsprechenden Kalendertag ein Kreuz (X) in dieser Spalte ein.
- Dauer in Stunden:** Anzahl der Stunden, die der Migräneanfall oder der Kopfschmerz gedauert hat, hier eintragen.
- Intensität des Schmerzes:** Entsprechend einer Skala von 0 bis 10, dabei heißt 0 = kein Schmerz, 2 = gering, 5 = mittelstark, 9 = sehr stark, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz.
- Medikamenten - einheit:** Die Anzahl der täglichen eingenommenen Schmerzmittel tragen Sie in Form von Medikamenteneinheiten ein. Dabei entspricht eine Einheit: 1 Tablette, 1 Zäpfchen, 1 Pulver, 15 Tropfen, 1 Injektion, die gegen den Kopfschmerz verwendet wurden.
- Stimmungslage:** Geben Sie an, wie die Schmerzen Ihre Stimmung beeinflusst haben:
0 - keine Beeinflussung der Stimmungslage durch den Kopfschmerz
1 - gedrückte Stimmung
2 - aggressive Stimmung
3 - niedergeschlagen und antriebslos
4 - hilflos und ausgeliefert
- Arbeitsunfähigkeit:** An jedem Tag, an dem Sie wegen Migräne oder Kopfschmerzen arbeitsunfähig waren, tragen Sie ein Kreuz (X) ein.

Dr. med. R. M. Bachmann

Tel.: 08247 / 3930
Fax: 08245 / 4301
www.drbachmann.de
E-Mail: drbachmann@t-online.de
Copyright: Dr.Bachmann

04/2005 sa