

Datum		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Kopfschmerz	Wie belastend ist der Schmerz? (0-10*)							
	Wie lange dauert er an?							
	Wie fühlt er sich an?							
Auslöser	Welche Auslöser erkennen Sie? (z. B. Stress, Aufregung, Menstruation, Änderung des Schlaf-Wach-Rhythmus...)							
Begleiterscheinungen	Welche Begleiterscheinungen nehmen Sie wahr? (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Licht-/ Lärm-/ Geruchsüberempfindlichkeit, verstärktes Ruhebedürfnis, Verstärkung der Schmerzen durch Bewegung)							
	Begleiterscheinung:							
	Intensität vor den Kopfschmerzen (0-10*)							
	Intensität während der Kopfschmerzen (0-10*)							
	Intensität nach den Kopfschmerzen (0-10*)							
	Weitere Begleiterscheinung:							
	Intensität vor den Kopfschmerzen (0-10*)							
	Intensität während der Kopfschmerzen (0-10*)							
	Intensität nach den Kopfschmerzen (0-10*)							
	Weitere Begleiterscheinung:							
Intensität vor den Kopfschmerzen (0-10*)								
Intensität während der Kopfschmerzen (0-10*)								
Intensität nach den Kopfschmerzen (0-10*)								
Vorboten	Gab es Vorboten? (z. B. Verspannungen, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen)							
	Wenn ja, wieviel Zeit vorher?							
Aura	Nehmen Sie Aura-Symptome wahr? (z. B. Flimmersehen, Kribbeln, Sprachstörungen)							
	Wenn ja, wieviel Zeit vorher?							
Medikamente	Medikamenteneinnahme	ja, welche und wieviel						
		nein						
	Wenn ja, haben sie geholfen?	eher ja						
		eher nein						
Intervention Entspannungsverfahren	Was haben Sie getan, um den Schmerz zu lindern? (z. B. Schlafen, Entspannungsverfahren, Sport, QiGong, Autogenes Training)							
	Hat es Ihnen geholfen?	eher ja						
		eher nein						
Intervention KAW	Haben Sie eine KAW Übung angewandt, um den Schmerz zu lindern? Wenn ja, welche Übung haben Sie durchgeführt? Worauf haben Sie den Fokus gelegt?							
	Hat es Ihnen geholfen?	eher ja						
		eher nein						

*0 = am schwächsten
10 = am stärksten