21816-400701

www.mepha.ch

Die mit dem Regenbogen

mepha

Für Patientinnen und Patienten

Persönlicher Kopfschmerzpass

Die mit dem Regenbogen

mepha

Dieser Kopfschmerzpass gehört

Vorname _____

Name _____

Datum _____

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben diesen persönlichen Kopfschmerzpass erhalten und gehören damit zu den vielen Betroffenen, die unter zeitweise auftretenden oder aber auch unter chronischen Kopfschmerzen leiden. Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Schmerzen überhaupt. Chronische Kopfschmerzen stören das körperliche und seelische Gleichgewicht und können die Lebensqualität sehr stark beeinträchtigen. Bis eine Diagnose sicher fest steht, ist Kopfschmerz wie jeder Schmerz als Warnsymptom des Körpers zu verstehen. Dies macht deutlich, warum die Abklärung und Behandlung von Kopfschmerzen grundsätzlich in die Hand des Spezialisten gehört. Ausserdem können einfache vorbeugende Massnahmen oft wesentlich dazu beitragen, Medikamente und damit auch Nebenwirkungen einzusparen.

Dieser Kopfschmerzpass wurde für Sie erstellt und soll Ihnen helfen. Der Pass enthält:

- Den Kopfschmerzkalender; dieser gibt Ihnen einen Überblick, an wie vielen Tagen im Monat Sie unter Kopfschmerzen leiden, welche Begleitumstände vorhanden sind, wie stark ausgeprägt Ihre Schmerzen sind und welche Medikamente dagegen helfen können.
- Eine Liste, in denen die verordneten Medikamente ebenso eingetragen werden wie Dosisänderungen bestehender Medikamente. Damit ist der Kopfschmerzpass auch ein wertvolles Hilfsmittel während der Therapie

Tipp: Nehmen Sie Ihren persönlichen Kopfschmerzpass mit in jede Sprechstunde Ihres behandelnden Arztes. Jedes Detail ist wichtig. Je mehr Ihr Arzt weiss, desto besser kann er Sie behandeln.

Woche 1 und 2

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 3 und 4

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke			Dauer	pulsierend	dumpf /drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 1 und 2

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 3 und 4

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke			Dauer	pulsierend	dumpf /drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 1 und 2

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 3 und 4

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke			Dauer	pulsierend	dumpf /drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 1 und 2

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 3 und 4

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke			Dauer	pulsierend	dumpf /drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 1 und 2

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 3 und 4

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke			Dauer	pulsierend	dumpf /drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 1 und 2

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Woche 3 und 4

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke			Dauer	pulsierend	dumpf /drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Monat _____

		Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein

Vom Arzt verordnete Medikamente

Verordnete Medikamente am / seit _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

Änderung von Medikamenten und Dosierungen ab: _____

Medikament	Dosierung

10 Tipps für Kopfschmerz-Patienten

- Treiben Sie regelmässig Sport. Besonders geeignet sind Ausdauersportarten (Joggen, Nordic Walking, Schwimmen, Velofahren etc.). Besprechen Sie dies mit Ihrem Arzt.

- Vermeiden Sie die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln. Wenn Sie der Meinung sind, das Medikament wirke nicht mehr, informieren Sie Ihren Arzt und erhöhen Sie nicht die Dosis. Nehmen Sie nur so viel wie nötig, bis Sie ganz darauf verzichten können.

- Lassen Sie sich nicht von anderen unter Druck setzen. Vermeiden Sie körperliche Anspannungen. Lernen Sie auch mal «Nein» zu sagen.

- Nehmen Sie Ihre Medikamente zur Vorbeugung regelmässig auch dann ein, wenn Sie gar keine Beschwerden haben.

- Machen Sie sich mit einer Entspannungsmethode vertraut. Sie kann Ihnen helfen, Ihren Schmerz zu kontrollieren.

- Gönnen Sie sich ausreichend und geordnete Schlafzeiten und behalten Sie Ihren Schlaf/Wachrhythmus auch an Wochenenden und im Urlaub bei.

- Gewöhnen Sie sich an regelmässige Essens-Zeiten. Reduzieren Sie den Fettanteil in der Nahrung. Essen Sie wenig Süssigkeiten und meiden Sie möglichst Alkohol und Nikotin. Achten Sie auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr.

- Gehen Sie unnötigen Stress-Situationen aus dem Weg. Vermeiden Sie Streitgespräche und Situationen, die Sie aus der Ruhe bringen können.

- Belohnen Sie sich mit angenehmen Erfahrungen. Gönnen Sie sich einen Theaterbesuch, einen netten Abend mit Freunden oder einen Kurzurlaub, aber bitte ohne Stress!

- Verlieren Sie nicht die Geduld. Führen Sie Ihr Behandlungsschema konsequent weiter und tragen Sie Ihr Befinden in Ihren Kopfschmerzpass ein.

Hilfe und Informationen

Swiss Migraine Trust Foundation
www.migraine-action.ch

Administratives Sekretariat
der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft
c/o IMK Institut für Medizin
und Kommunikation AG
Münsterberg 1
4001 Basel
Telefon 061 271 35 51
Telefax 061 271 38 88
E-Mail kopfweh@imk.ch

Schweizerische Kopfwehgesellschaft
www.headache.ch

Internationale Kopfwehgesellschaft
www.i-h-s.org

Bemerkungen