Allianz Private Krankenversicherung

Kopfschmerz-Kalender

Gesundheitsmanagement

Allianz

Unser Service für Sie

Haben Sie Fragen rund um das Thema **Kopfschmerz?**
Das **Gesundheitstelefon** der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG hilft Ihnen von montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr unter der kostenfreien Telefonnummer **08 00.410 01 03** gerne weiter.

Persönlicher Kopfschmerz-Kalender

Name _____

Straße _____

Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

Mobil _____

Behandelnder Arzt

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name _____

Straße _____

Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

Mobil _____

Meine Medikamente*

	Verordnung				
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	nehme ich seit . . .

*Allgemein, nicht ausschließlich auf Kopfschmerzen bezogen

Schmerzstärke

x stark ▮ mittel ✔ leicht

Dauer

○ weniger als 6 Stunden

● 6 – 12 Stunden

▼ länger als 12 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung im Schlaf/Wach-Rhythmus
4. Menstruation
5. Meine persönlichen Auslöser

_____

_____

_____

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

A. Käse
B. Alkoholische Getränke
C. Schokolade
D. Kaffee, Cola
E. Meine persönlichen Auslöser

_____

_____

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe auf den Folgeseiten in Ihren Kopfschmerz-Kalender ein.

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Monat: _____

			Schmerzart und Ort				Begleitsymptome				
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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											

		Anzahl der			Hat das Mittel geholfen?			
Auslöser	Eingenommenes Medikament	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig	Tag
								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

Ärztliche Bemerkungen

Datum	Bemerkungen

Mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft.

Ihr Kopfschmerz-Kalender ist voll?
Wir schicken Ihnen gerne einen neuen!

Telefonische Kundenbetreuung:
08 00.410 01 08

(kostenfrei zu erreichen montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr)

www.gesundheitslotsen.allianz.de

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

W7-55-021Z0 (02V) 5.6.12