Für Patientinnen und Patienten

Persönlicher Kopfschmerzpass

Die mit dem Regenbogen

mepha

Dieser Kopfschmerzpass gehört

Vorname _____

Name _____

Datum _____

Bitte notieren Sie Ihre Medikamente, die Sie im Allgemeinen einnehmen.

_____

_____

_____

_____

_____

Alle Mepha-Ratgeber sind unter www.mepha.ch erhältlich.
Zum Scannen des QR-Codes mit dem Smartphone brauchen Sie eine Applikation, die Sie z.B. im App Store unter «Scan» oder «QR» herunterladen können.

Stand der Information: Februar 2017

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.

Schmerzstärke

☺ schwach

😐 mittel

☹ stark

Psychische und körperliche Auslöser

1 = Aufregung und Stress
2 = Erholungsphase
3 = Änderung des Schlaf-Wachrhythmus
4 = Menstruation
5 = Ihr persönlicher Auslöser

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

A= Käse
B = Alkohol
C = Schokolade
D= Kaffee oder Coca-Cola
E = Ihr persönlicher Auslöser

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Monat _____

					Schmerzart und Schmerzort				Begleitsymptome							Anzahl der				Hat Ihnen die Arznei geholfen?		
Tag	Stärke ☺	Stärke 😐	Stärke ☹	Dauer in Stunden	pulsierend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmempfindlichkeit	Lichtempfindlichkeit	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen, Messlöffel etc.	Tabletten, Brausetabletten, Sachets	Zäpfchen	Injektionen	ja	wenig	nein
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

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

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

Schweizerische Kopfwehgesellschaft
www.headache.ch

Internationale Kopfwehgesellschaft
www.ihs-headache.org

Bemerkungen

Mepha Pharma AG
www.mepha.ch

225640-041601

Die mit dem Regenbogen

mepha