ImuPro-Migränetagebuch

ImuPro
Right Food. Better Health.

Monat / Jahr

Eingenommene Medikamente:

Vermerken Sie hier bitte Ihre Medikamente, die Sie bei Migräne einnehmen:

A: _____
B: _____
C: _____

Schmerzdauer (h):

Tragen Sie bitte in Ihrem ImuPro-Migräne-tagebuch die Dauer Ihrer Migräne in Stunden ein.

Vermuteter Schmerzauslöser:

Tragen Sie bitte in Ihrem ImuPro-Migräne-tagebuch die passende Ziffer oder Text ein:

1 ... Nahrungsmittel
2 ... Aufregung/Stress
3 ... Erholung
4 ... Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
5 ... Wetterumschlag
6 ... Menstruation
7 ... Sonstiger Auslöser:

_____
_____

Begleiterscheinungen:

Tragen Sie bitte in Ihrem ImuPro-Migräne-tagebuch die passende/n Ziffer/n oder Text ein:

1 ... Übelkeit und/oder Erbrechen
2 ... Geräuschempfindlichkeit
3 ... Geruchempfindlichkeit
4 ... Lichtempfindlichkeit
5 ... Sehstörungen
6 ... Kribbelgefühl in Armen und/oder Beinen
7 ... Sonstige Begleiterscheinung:

_____
_____

	Medikamente	Wirkung			Schmerzstärke			Schmerz-charakter		Lokalisation des Schmerzes		Schmerz-dauer (h)	Vermuteter Schmerzauslöser	Begleiterscheinungen	
Tag	Präparat/Dosis	gut	mittel	schlecht	gut	mittel	schlecht	pulsierend/pochend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig				Tag
1															1
2															2
3															3
4															4
5															5
6															6
7															7
8															8
9															9
10															10
11															11
12															12
13															13
14															14
15															15
16															16
17															17
18															18
19															19
20															20
21															21
22															22
23															23
24															24
25															25
26															26
27															27
28															28
29															29
30															30
31															31