



Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft
www.dmkg.de

Trigeminuskalender - Name: _____ Monat _____ Jahr _____

Akutmedikation:

1) _____

2) _____

3) _____

Prophylaxe:

1) _____

Tagesdosis:
_____ mg

2) _____

Tagesdosis:
_____ mg

3) _____

Tagesdosis:
_____ mg

Trigger:

A) _____

B) _____

C) _____

Datum	Wie viele Attacken/ Tag	Stärke 0-10	Auslöser	Prophylaxe (Nummer s. links)	Effekt der Medikation (+...+ siehe unten)	Besonderes
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						

Schmerzstärke: Bitte die *maximale* Schmerzstärke angeben (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) **Effekt:** Bitte Wirkung der Akutmedikation angeben: - kein Effekt, + geringe, ++ mittlere, +++ gute Wirkung