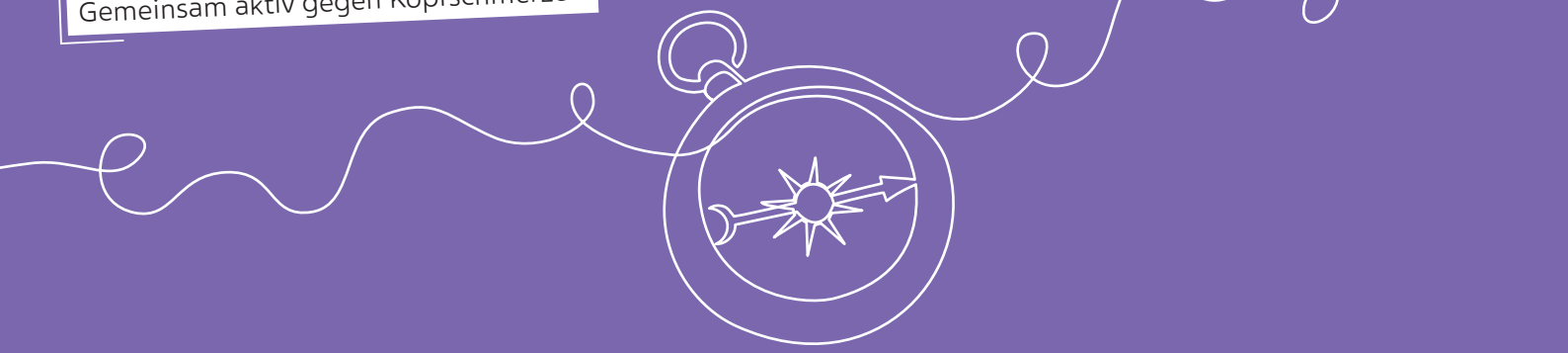
KOPFSCHMERZ-KOMPASS

Gemeinsam aktiv gegen Kopfschmerzen



MigraineAction
FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT

Gemeinsam aktiv gegen Kopfschmerzen

Der **Kopfschmerz-Kompass** soll Ihnen dabei helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen und diese bestenfalls zu kontrollieren. Bitte füllen Sie zunächst Ihr **Profil** aus. Anschliessend können Sie Ihre Kopfschmerzen und alle wichtigen Details in die Monatsblätter der Agenda eintragen.

So erhalten Sie
- einen klaren Überblick über Häufigkeit, Stärke und Muster Ihrer Kopfschmerzen
- Hinweise auf mögliche Auslöser
- eine Übersicht über die Einnahme und Wirkung Ihrer Medikamente

Ihre Einträge helfen nicht nur Ihnen selbst, sondern auch Ihrer Gesundheitsfachperson dabei, die passende Behandlung zu finden. Das Ausfüllbeispiel zeigt Ihnen, wie Sie Ihre Eintragungen im Kopfschmerzkalender vornehmen können.

Die zusätzlichen Tipps und Informationen in diesem Kopfschmerz-Kompass sollen Sie im Alltag unterstützen und die Kommunikation mit Ihrer Gesundheitsfachperson erleichtern. Nutzen Sie auch die Notizfelder, um Fragen und Beobachtungen möglichst genau festzuhalten. Das kann das Gespräch erleichtern und verbessern.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ausfüllbeispiel Ihres Kopfschmerzkalenders (gesamter Monat)

Monat	Januar																													
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3			K1					K1			K1				K2							K1				K1						5xK1, 1xK2
Dauer	in Stunden			4					8			5				6							4				8						35
Schmerzintensität	0-10			5					7			5				8							5				7						37
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen															X																	
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung															X																	
	Andere								1																								
Auslöser	Stress																																
	Menstruation															X																	
	Wetter			X								X																					
Individuelle Auslöser	Schokolade																						X										
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden			6					6			7				8							4				10						41
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente			A					A			A				B							A				B						
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**			2					1			1				0							1				2						
Prophylaxe	Name Medikament	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	6

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**	37	=	6,2	*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt	6			

Mein Profil

Name _____ Telefon _____

Adresse _____

Meine Auslöser

☐ **Gefühle**
☐ Streit ☐ Freude ☐ Ärger
☐ Sonstige _____

☐ **Aktivitäten**
☐ zu viel Sport ☐ zu wenig Sport
☐ krank _____

☐ **Arbeit**
☐ Stress ☐ zu wenig zu tun

☐ **Freizeit**

☐ **Ernährung**
☐ Alkohol ☐ Schokolade
☐ Diät ☐ zu wenig Flüssigkeit
☐ Sonstige _____

☐ **Wetter**
☐ Föhn ☐ Bise ☐ Schnee
☐ Kälte ☐ Hitze
☐ Sonstige _____

Meine Schutzfaktoren

☐ Entspannung
☐ Bewegung
☐ Schlaf
☐ Sonstige _____
☐ Sonstige _____
☐ Sonstige _____

Meine Medikamentenliste

Bitte schreiben Sie unten **alle Medikamente** auf, die Sie einnehmen (verordnete und frei erworbene Medikamente). Denken Sie auch an solche, die Sie **nicht** aufgrund der Kopfschmerzen einnehmen. Bitte vergessen Sie nicht die Einnahme von Pflanzenpräparaten, Vitaminen, usw. zu notieren. Vermerken Sie, wann Sie ein neues Medikament oder eine neue Dosierung eines Medikamentes erhalten haben. Im unteren Bereich sind Buchstaben oder Zahlen, die Sie als Kürzel in den Kalender eintragen können in grün dargestellt.

Meine Akutmedikamente gegen Kopfschmerzen
Name/Dosierung *(z. B. Ibuprofen 400mg)*

A _____
B _____
C _____

Meine vorbeugenden Medikamente gegen Kopfschmerzen (Prophylaxe) Name/Dosierung *(z. B. Metoprolol 100mg)*

D _____
E _____
F _____

Andere Medikamente (nicht gegen Kopfschmerzen), die Sie regelmässig einnehmen
Name/Dosierung *(z. B. Mittel gegen Asthma, auch Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel)*

_____

_____

Nicht jede Migräneattacke ist wie die andere. Leiden Sie auch an unterschiedlichen Typen? Dann markieren Sie hier, wichtige Charakteristika Ihrer unterschiedlichen Kopfschmerztypen. In die monatliche Agenda tragen Sie nur K1, K2 oder K3 ein.

Kopfschmerztyp 1 (K1)

☐ Beidseitig ☐ Bewegung verschlimmert ☐ Pulsierend ☐ Licht- und lärmempfindlich ☐ Übelkeit, Erbrechen
☐ Einseitig ☐ Bewegung wirkt positiv ☐ Stechend ☐ Enges Bandgefühl, dumpf ☐ Sonstige _____

Kopfschmerztyp 2 (K2)

☐ Beidseitig ☐ Bewegung verschlimmert ☐ Pulsierend ☐ Licht- und lärmempfindlich ☐ Übelkeit, Erbrechen
☐ Einseitig ☐ Bewegung wirkt positiv ☐ Stechend ☐ Enges Bandgefühl, dumpf ☐ Sonstige _____

Kopfschmerztyp 3 (K3)

☐ Beidseitig ☐ Bewegung verschlimmert ☐ Pulsierend ☐ Licht- und lärmempfindlich ☐ Übelkeit, Erbrechen
☐ Einseitig ☐ Bewegung wirkt positiv ☐ Stechend ☐ Enges Bandgefühl, dumpf ☐ Sonstige _____

Begleitsymptome

Es kann sein, dass sich zu dem Kopfschmerz andere Begleitsymptome dazugesellen. Bitte schreiben Sie die Zahl(en) in die monatliche Agenda, die Ihre Begleitsymptome am besten beschreiben:

Andere: 1 = Schwindel 2 = Taubheitsgefühle 3 = Sonstige _____
Schmerzintensität 0-10: 0 = Keine 10 = Unerträglich

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Monat																																
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	**Gesamt**
Kopfschmerztyp	K1; K2; K3																																
Dauer	in Stunden																																
Schmerzintensität	0-10																																
Begleit-symptome	Übelkeit/Erbrechen																																
	Licht- & lärmempfindlich																																
	Sehstörung																																
	Andere																																
Auslöser	Stress																																
	Menstruation																																
	Wetter																																
Individuelle Auslöser																																	
Ausfallzeit (Arbeit, Schule, Haushalt)	in Stunden																																
Einnahme von Akutmedikament	Name Medikamente																																
Hat das Akutmedikament geholfen?	nein = **0**; etwas = **1**; gut = **2**																																
Prophylaxe	Name Medikament																																

Anzahl der Attacken gesamt *(bitte eintragen wie viele Tage im Monat)*	

Berechnung der durchschnittlichen Schmerzintensität	**Schmerzintensität gesamt**		=		*Ergebnis bitte auf eine Nachkommastelle runden*
	Anzahl der Attacken gesamt				

Tipps zur Medikamenteneinnahme

Oft bestehen Unsicherheiten, ob beginnende Kopfschmerzen sich zu einer Migräneattacke entwickeln und ob und zu welchem Zeitpunkt Medikamente eingenommen werden sollten.

Beachten Sie dabei bitte folgende Regeln:

Akutmittel (z.B. Triptane oder Ibuprofen) einnehmen sobald die Kopfschmerzen beginnen

Bei Migräne mit Aura

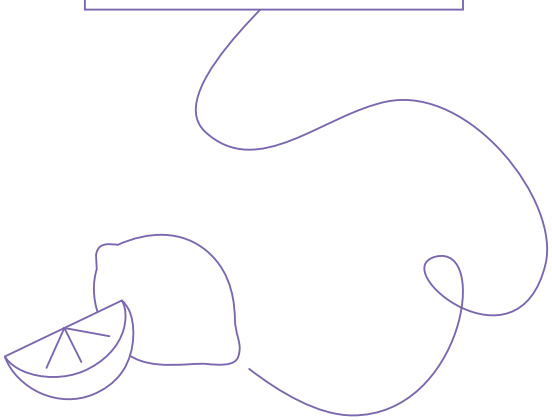
- Triptane bitte erst nach **Ende der Aura** einnehmen, sobald die Kopfschmerzen beginnen.
- Nichtsteroidale Entzündungshemmer können bereits während der Auraphase eingenommen werden.

Bei Migräne mit Übelkeit oder Erbrechen

- 5 bis 10 Minuten **vor dem** Schmerzmittel kann ein Medikament gegen Übelkeit (z. B. Metoclopramid, Domperidon) eingenommen werden.

Tipp

Manchmal hilft auch ein Glas Wasser (Zimmertemperatur) mit Zitrone, begleitet von einem Espresso.



Falls ein Triptan ungenügend wirkt

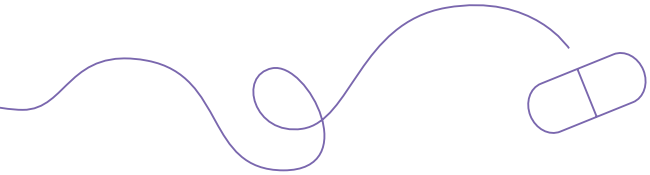
- Für eine erneute Einnahme von Triptanen ist ein Abstand von mindestens 2 Stunden (4 Stunden bei Naratriptan) einzuhalten. Insgesamt bitte die maximale Tagesdosis einhalten!

Falls ein Triptan nach einer Stunde keine Wirkung erzielt

Falls ein Akutmedikament nicht wirkt, sollte auf ein anderes Kopfschmerzmedikament **gewechselt** werden:
Ein Wechsel von Triptanen auf ein anderes Triptan darf nur nach Absprache mit Ihrer Gesundheitsfachperson erfolgen.
Die Kombination nichtsteroidaler Entzündungshemmer mit Triptanen ist erlaubt, falls keine Gegenindikationen für diese Medikamente bestehen (Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker).

Vorbeugen einer Chronifizierung (täglicher Kopfschmerz durch Akutmedikamenten-Übergebrauch)

- Damit kein chronischer Kopfschmerz entsteht, sollten akute Kopfschmerzmedikamente an maximal **10 Tagen pro Monat** eingenommen werden, und nicht länger als an **drei aufeinanderfolgenden Tagen**.



Wann sollten Sie zum Arzt gehen?

Scannen Sie den QR-Code und erfahren Sie mehr:
www.migraineaction.ch/dienstleistungen/tipps-bei-migraene

Werden Sie Experte Ihrer Kopfschmerzen

Hier erfahren Sie mehr:
www.migraineaction.ch/dienstleistungen/ratschlaege

Das Migränetagebuch steht zum Download bereit. Es kann elektronisch ausgefüllt oder auch als PDF ausgedruckt werden.

Meine Notizen/Fragen

Meine Termine

Dieser Kompass wurde mir überreicht durch:

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.migraineaction.ch
(Nationale Informations- und Beratungsstelle zu Kopfschmerzen)

«SOS Kopfweh» Beratungstelefon Migraine Action:
061 423 10 80 (Di-Do 9 – 12 Uhr)

E-Mail-Briefkasten:
info@migraineaction.ch

Website mit praktischen Tipps zu Migräne am Arbeitsplatz:
www.migraene-am-arbeitsplatz.ch

Die Realisierung des „Migräne Kompass" wurde durch Mepha / Teva Schweiz ermöglicht. Die Firma hat keinen Einfluss auf den Inhalt.

DE 01/2026 32138187-042601 NPS-CH-01140