



Mein Migränekalender

Dieser Kalender gehört:

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wenn die Migräne dich daran hindert, aktiv an deinem Leben teilzunehmen, wird es Zeit, dass du etwas unternimmst. Wir versuchen dir mit diesem Kalender dabei zu helfen deine Migräne besser zu verstehen und dich auf ein Arztgespräch vorzubereiten, um so die richtige Behandlung für dich zu finden.

Auf den folgenden Seiten findest du mögliche Ursachen für deine Migräne, Tipps, wie du dich auf ein Arztgespräch vorbereitest und einen Kalender, mit dem du deine Migräne dokumentieren kannst.

Kennst du die Ursachen deiner Migräne?



Emotionale Auslöser^{1,2}

Stress, ob am Arbeitsplatz, in der Beziehung oder bei der Bewältigung der täglichen Aufgaben, ist als häufigster Auslöser für bis zu 80 % der Migränefälle verantwortlich.¹



Hormonelle Schwankungen

Hormonelle Schwankungen stellen bei Frauen einen bedeutenden Migräneauslöser dar.¹ Einige Frauen leiden häufig um den Zeitpunkt ihrer Periode an einer Migräne. Dies lässt sich wahrscheinlich auf den in diesem Zeitraum veränderten Hormonspiegel zurückführen.²



Körperliche Auslöser

Schlafstörungen, unregelmäßiger Schlaf, Nackenschmerzen oder ungewohnte körperliche Anstrengung können mit Migräne in Zusammenhang gebracht werden.^{1,2} Häufig braucht es nicht viel, um einer Migräne vorzubeugen. Sorge zum Beispiel für einen besseren Schlaf oder arbeite an deiner Körperhaltung.



Ernährungsbedingte Auslöser

Wenn bestimmte Nahrungsmittel als Migräneauslöser identifizieren werden können, sollten diese so weit wie möglich vermieden werden.² Um welche Nahrungsmittel es sich konkret handelt, kann individuell sehr verschieden sein. Entgegen der weitverbreiteten Annahme existiert keine spezifische „Migräne-Diät“. Wichtig hingegen ist die regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten, da deren Auslassen ein wesentlicher Auslöser für Migräne sein kann.³ Zudem sollte auf einen ausgeglichenen Wasserhaushalt geachtet werden, da auch Dehydrierung Ursache für Migräneattacken sein kann.²



Umweltfaktoren als Auslöser

Auch Veränderungen deines Lebensumfeldes können mit deiner Migräne verknüpft sein, wie zum Beispiel: Wetterumschwünge, Hitze, starke Gerüche (z. B. Parfüm), helles oder flackerndes Licht, Tabakrauch.^{1,2}

1. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*. 2007;27(5):394-402.

2. American Migraine Foundation. Top 10 migraine triggers and how to deal with them 2017 [Available from: <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/top-10-migraine-triggers/>].

3. Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, Linde M, MacGregor EA, Osipova V, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) : on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. *J Headache Pain*. 2019;20(1):57.

Hast du noch nicht die richtige Therapie für dich gefunden?

Wenn du der Meinung bist, dass mit deiner derzeitigen Migräne-Therapie noch nicht die gewünschte Wirkung erzielt werden konnte, solltest du mit deinem Arzt über alternative Behandlungsmöglichkeiten sprechen. Beispielsweise, wenn:



... du regelmäßig an Migräne leidest, obwohl du die bekannten Auslöser vermeidest.



... deine Migräne häufig dann auftritt, wenn du unterwegs oder im Beruf eingespannt bist.



... deine Migräne zu Übelkeit oder Erbrechen führt.



... die gewünschte Wirkung erst nach längerer Zeit eintritt.



... du bei einer akuten Migräneattacke Probleme mit der Einnahme von Tabletten hast.

Verschafe dir Gehör, und sprich mit deinem Arzt über deine Migräne.

Bereite dich auf das Gespräch mit deinem Arzt vor und halte die Fragen bereit, die du deinem Arzt stellen möchtest.

Inwieweit beeinträchtigt die Migräne dein Leben (Beruf / Familie / Freunde / Hobbys)?

Wie zufrieden bist du mit deiner derzeitigen Migräne-Therapie?

Wie schnell wirkt deine derzeitige Medikation?

Leidest du oft an Übelkeit oder Erbrechen? Fühlst du dich bei der Einnahme der Tablette beeinträchtigt?

Welche alternativen Anwendungsformen neben der Tablette kommen für mich in Frage?

Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 1-10

Medikament¹:

- *Mögliche Auslöser:**
- a. Zu wenig getrunken
 - b. Wetterumschwünge
 - c. Stress
 - d. Starke Gerüche
 - e. Schokolade
 - f. Schlafmangel
 - g. Nackenschmerzen
 - h. Mahlzeit übersprungen
 - i. Koffein
 - j. Hohe Luftfeuchtigkeit
 - k. Helles Sonnenlicht
 - l. Depressive Stimmung
 - m. Alkohol
 - n. Weitere mögliche Auslöser:

Andere Behandlung²:

- **Ort:**
- I. zu Hause
 - II. auf der Arbeit
 - III. beim Einkaufen
 - IV. beim Sport
 - V. im Restaurant
 - VI. _____
 - VII. _____
 - VIII. _____
 - IX. _____
 - X. _____
 - XI. _____

****weitere Symptome:

- ***Vorboten:**
- 1. Ungewöhnlich aufgedreht
 - 2. Steife Muskeln
 - 3. Sprachstörung
 - 4. Schwäche
 - 5. Reizbarkeit
 - 6. Optische Beeinträchtigung
 - 7. Müdigkeit/Muskelschmerzen
 - 8. Kribbeln in Augennähe
 - 9. Kribbeln im Kopf
 - 10. Kribbeln im Hals
 - 11. Kopfschmerzen
 - 12. Gähnen
 - 13. Angstzustände
 - 14. Weitere mögliche Vorboten:

Monat 1

Tag	Schmerzart und Ort										Begleitsymptome							Behandlung						
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	Hat die alternative Behandlung geholfen?	
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																								

Tag	Schmerzart und Ort										Begleitsymptome							Behandlung						
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	Hat die alternative Behandlung geholfen?	
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 2

Monat 3

Tag	Schmerzart und Ort										Begleitsymptome						Behandlung								
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	Hat die alternative Behandlung geholfen?		
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 4

Tag	Schmerzart und Ort										Begleitsymptome						Behandlung									
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	Hat die alternative Behandlung geholfen?			
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																										

Tag	Schmerzart und Ort										Begleitsymptome							Behandlung							
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	Hat die alternative Behandlung geholfen?		
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																									

Tag	Schmerzart und Ort										Begleitsymptome							Behandlung								
	Stärke des Schmerzes	Dauer in Stunden	eingeschränkt (ja/nein)	*mögliche Auslöser	**Wo warst du als der Schmerz begann?	Einseitig	Beidseitig	Drückend/dumpf	Pulsierend/stechend	***Vorboten	Übelkeit	Schwindel	Lichtscheu	Launisch	Lärmscheu	Geruchs-empfindlichkeit	Erbrechen	****weitere Symptome	Medikament ¹	Dosierung	Hat das Medikament geholfen?	andere Behandlung ²	Hat die alternative Behandlung geholfen?			
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																										

