

Hoofdpijndagboek

Naam:

Datum (maand/jaar):

1. Vul deze lijst een aantal weken in. Op [Thuisarts.nl/hoofdpijn/hoofdpijndagboek](https://thuisarts.nl/hoofdpijn/hoofdpijndagboek) kunt u de uitleg lezen.
2. Geef daarna ook antwoord op de vraag onderaan de lijst.
3. Geef de lijst aan uw huisarts en bespreek de lijst samen.

Datum	Ernst van de pijn	Leefstijl en gebeurtenissen	Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?	Na gebruik van medicijnen	Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	Bijv. weinig ontspanning, u maakt zich zorgen, menstruatie	naam - sterkte - aantal	Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?	S = Spanningshoofdpijn M = Migraine HH = Hoofdpijn door Hoofdpijnmiddelen ? = onbekend/weet niet

Welke kenmerken had uw hoofdpijn meestal? U kunt hieronder meerdere punten aankruisen.

- | | |
|---|--|
| ☐ Bonzend of kloppend | ☐ Braken |
| ☐ Aan 1 kant van het hoofd | ☐ Overgevoelig voor licht |
| ☐ Aan beide kanten van het hoofd | ☐ Overgevoelig voor geluid |
| ☐ Misselijk | ☐ Verergering van de hoofdpijn bij inspanning |