Hoofdpijndagboek **Naam:** **Datum (maand/jaar):**

1. Vul deze lijst een aantal weken in. Op www.thuisarts.nl/hoofdpijn/hoofdpijndagboek kunt u de uitleg lezen.
2. Geef daarna ook antwoord op de vraag onderaan de lijst.
3. Geef de ingevulde lijsten aan uw huisarts en bespreek deze samen.

Datum	**Ernst van de pijn**	**Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?**	**Na gebruik van medicijnen**	**Aantekeningen**	**Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.**
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	**naam - sterkte - aantal**	**Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?**	**Andere (lichamelijke) klachten, menstruatie, bijwerkingen medicijnen**	**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
☐ Aan 1 kant van het hoofd
☐ Aan beide kanten van het hoofd
☐ Misselijk
☐ Braken
☐ Overgevoelig voor licht
☐ Overgevoelig voor geluid
☐ Verergering van de hoofdpijn bij inspanning

Datum	Ernst van de pijn	Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?	Na gebruik van medicijnen	Aantekeningen	Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	naam - sterkte - aantal	Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?	Andere (lichamelijke) klachten, menstruatie, bijwerkingen medicijnen	S = Spanningshoofdpijn M = Migraine HH = Hoofdpijn door Hoofdpijnmiddelen ? = onbekend/weet niet

Datum	Ernst van de pijn	Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?	Na gebruik van medicijnen	Aantekeningen	Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	naam - sterkte - aantal	Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?	Andere (lichamelijke) klachten, menstruatie, bijwerkingen medicijnen	S = Spanningshoofdpijn M = Migraine HH = Hoofdpijn door Hoofdpijnmiddelen ? = onbekend/weet niet

Datum	Ernst van de pijn	Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?	Na gebruik van medicijnen	Aantekeningen	Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	naam - sterkte - aantal	Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?	Andere (lichamelijke) klachten, menstruatie, bijwerkingen medicijnen	S = Spanningshoofdpijn M = Migraine HH = Hoofdpijn door Hoofdpijnmiddelen ? = onbekend/weet niet

Datum	Ernst van de pijn	Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?	Na gebruik van medicijnen	Aantekeningen	Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	naam - sterkte - aantal	Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?	Andere (lichamelijke) klachten, menstruatie, bijwerkingen medicijnen	S = Spanningshoofdpijn M = Migraine HH = Hoofdpijn door Hoofdpijnmiddelen ? = onbekend/weet niet

Datum	Ernst van de pijn	Heeft u medicijnen gebruikt tegen de hoofdpijn?	Na gebruik van medicijnen	Aantekeningen	Welke hoofdpijn heeft u gehad? Invullen in overleg met uw huisarts.
	0=geen pijn 10= ergst mogelijke pijn	naam - sterkte - aantal	Minder pijn? Hoe gaan de dagelijkse bezigheden?	Andere (lichamelijke) klachten, menstruatie, bijwerkingen medicijnen	S = Spanningshoofdpijn M = Migraine HH = Hoofdpijn door Hoofdpijnmiddelen ? = onbekend/weet niet