

CEFALY®



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

für die 120-tägige CEFALY®-Testphase

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



Weil jeder schmerzfreie Moment kostbar ist!
BLEIB DRAN – SCHRITT FÜR SCHRITT.

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)

Du bist der Kapitän, auch in stürmischen Zeiten.
DIE MIGRÄNE DEFINIERT NICHT, WER DU BIST.

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



Manchmal ist das Mutigste, was du tun kannst,
einfach tief durchzuatmen und

PAUSE ZU MACHEN.

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



Ein sanfter Umgang mit dir selbst ist die
BESTE MEDIZIN AN SCHWEREN TAGEN

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



Das Tagebuchschreiben ist dein Weg zu mehr Kontrolle.
JEDER EINTRAG BRINGT DICH WEITER.

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐

Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)



Stärke bedeutet nicht, keinen Schmerz zu spüren, sondern sich
NACH JEDEM STURM WIEDER AUFZURICHTEN.

MEIN MIGRÄNETAGEBUCH

Uhrzeit:

Wann ging es los? Wann war es vorbei?

Schlafqualität:

Wie war die Nacht davor?



Schmerzstärke:

Schmerz einzeichnen.



Schmerzcharakter:

- ☐ stechend
- ☐ pochend / pulsierend
- ☐ drückend / dumpf
- ☐ _____

Begleitsymptome:

- ☐ Aura (Sehstörungen, Blitze)
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Geräuschempfindlichkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

Behandlung / Methode:

Name Methode (z.B. CEFALY®) / Medikament und Dosis

Einnahme-Uhrzeit / Behandlungsdauer:

Wirkung

Hat es geholfen?



Datum & Wochentag



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



Mögliche Trigger (Auslöser):

- ☐ Stress / Entlastungsstress
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Schlafmangel / zu viel Schlaf
- ☐ Bestimmte Lebensmittel
- ☐ Mahlzeit ausgelassen
- ☐ Zyklus / Hormone
- ☐ _____

Alternative Massnahmen

z.B. Dunkler Raum / Kühlpad / Schlaf / ...

Einschränkung im Alltag:

0% = keine Einschränkung, 100% = vollständige Einschränkung



Notizen / Besonderheiten:

(z.B. Stress, Trinkmenge, Koffein, Zyklus, Wetter)





CEFALY[®]

CEFALY[®] Schweiz

c/o Neurolite AG

Hühnerhubelstrasse 79

3123 Belp

info@cefaly.ch

031 529 28 32

www.cefaly.ch