

Bliver du ved med at have hovedpine?

Udfyld skemaet og tag det med til lægen, så du kan få den rette hjælp.

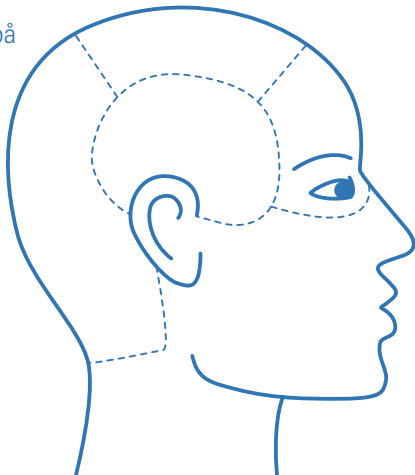
Fortæl om den hovedpine,
der generer dig mest



Hvor mærker du primært din hovedpine?

- Højre side Venstre side Begge sider
 Pande Baghoved/nakke

Marker på
ansigtet



Hvor mange dage med hovedpine oplever du typisk om måneden:

_____ dage

Hvor længe har du haft hovedpine?

- Mindre end 3 måneder Mere end 3 måneder

Hvor længe varer hovedpinen?

- Sekunder Minutter Timer
 Dage

Hvor intens er smerten?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Meget mild Meget intens

Hvordan vil du beskrive smerten?

- Dunkende/pulserende Trykkende/pressende
 Jagende

Andet

Oplever du nogle af
følgende symptomer?



- Kvalme Lydfølsomhed Synsforstyrrelser
 Opkast Lysfølsomhed Talebesvær
 Føleforstyrrelser i arme/ben/ansigt

Andet, fx svimmelhed og koncentrationsbesvær

Er der noget, der kan udløse
din hovedpine?



- Stress Dufte/lugte Træthed
 Menstruation Visse former for mad
 Lys/lyd For lidt/meget søvn
 Bevægelse/motion

Andet

Er der noget, der kan lindre
din hovedpine?



- Hvile Bevægelse Stilhed/mørke

Hvor ofte tager du typisk smertestillende
medicin mod hovedpinen?



- 2 dage om ugen eller sjældnere 4-6 dage om ugen
 3 dage om ugen Dagligt

