# Hoofdpijn-dagboek om te kijken welke soort hoofdpijn u heeft

Nederlands Huisartsen Genootschap THUISARTS.NL september 2021

**Vul de datum in en beantwoord de vragen, elke keer als u hoofdpijn heeft. Doe dit zo lang als u met uw huisarts heeft afgesproken.**

**Naam:**

| **Datum** | **Aura**<br>Kort voor de hoofdpijn begon: zag of voelde u iets? | **Welke klachten**<br>bij de hoofdpijn: zie de uitleg onderaan deze tabel* | **Ongesteld**<br>tijdens de hoofdpijn? Ja of nee | **Pijncijfer**<br>Kies een getal tussen 0 en 10<br>0 = geen pijn<br>10 = ergste pijn | **Pijnstillers gebruikt**<br>tegen de hoofdpijn?<br>Noem de naam,<br>de sterkte,<br>en hoeveel pillen u gebruikte | **Hoe lang**<br>duurde de pijn ongeveer? | **Invloed op wat u doet**<br>Wat was u aan het doen toen u hoofdpijn kreeg? Kon u daarmee door-gaan? | **Andere dingen**<br>bij uw hoofdpijn die u nog wilt noemen? Of bijwerkingen van uw medicijnen? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* Vul 1 of meer van deze letters in: Linker kant (**Li**), Rechter kant (**Re**), of beide kanten (**Beide**), Bonzend/kloppend (**B**), Drukkend/strak gevoel hoofd (**D**), Erger bij actief zijn (**A**), Last van licht/geluid (**L**), Misselijk/overgeven (**M**)