

# SOFORTHILFE

bei akuten nächtlichen Wadenkrämpfen



1

## DEHNEN

Ziehen Sie Ihren Fuß von den Zehen aus mit Kraft in Richtung Schienbein.



2

## BEWEGEN

Tritt der Krampf im Liegen auf, versuchen Sie aufzustehen und ein Stück zu gehen.



3

## MASSIEREN

Eine Massage der krampfenden Wade kann den Schmerz lindern.



4

## ABDUSCHEN

Duschen Sie Ihre Waden abwechselnd mit warmem und kühlem Wasser ab.



**SCHMERZ  
TAGEBUCH**



Weitere Informationen:

[ratgeber-kraempfe-verspannungen.de  
/wadenkraempfe](https://ratgeber-kraempfe-verspannungen.de/wadenkraempfe)

Die Dokumentation Ihrer nächtlichen Wadenkrämpfe kann Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt helfen, Ihr Leiden zu lindern.

# LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

**schmerzhafte nächtliche Wadenkrämpfe** können zu einer wahren Tortur werden. Sie können die Lebensqualität erheblich einschränken und Ihnen regelmäßig auch den wertvollen Schlaf rauben. Dies führt auch zu einem Verlust kostbarer Energie für den Tag. Eine wirksame Behandlung ist daher doppelt wichtig.

Ihr **Schmerztagebuch** kann Ihnen und Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt dabei helfen, den Verlauf genauer zu untersuchen und den Therapieerfolg zu bewerten.

Nehmen Sie sich die Zeit und notieren Sie über einen Monat hinweg täglich die wichtigsten Faktoren – auch wenn keine Krämpfe aufgetreten sind. Vor dem Zubettgehen füllen Sie das Abendprotokoll aus und nach dem Aufstehen das Morgenprotokoll. Bringen Sie das vollständig ausgefüllte Tagebuch zu Ihrem nächsten Arztbesuch mit. Dadurch erhalten Sie wertvolle Informationen, die Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt bei der Diagnose und Behandlung helfen können.

Um Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt die Bewertung Ihrer Dokumentation zu erleichtern, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Medikamente?

---

---

---

# DOKUMENTIEREN SIE HIER DIE NÄCHSTEN SECHS KRAMPFNÄCHTE

1

Datum .....

 **Längste Krampfdauer**

Anzahl der Krämpfe

< 1 min  
 1-5 min  
 > 5 min

**Schmerzintensität (Höhepunkt)**

                      

**Schlafqualität**

                     

**Magnesium eingenommen?**

Ja  Nein

3

Datum .....

 **Längste Krampfdauer**

Anzahl der Krämpfe

< 1 min  
 1-5 min  
 > 5 min

**Schmerzintensität (Höhepunkt)**

                      

**Schlafqualität**

                     

**Magnesium eingenommen?**

Ja  Nein

5

Datum .....

 **Längste Krampfdauer**

Anzahl der Krämpfe

< 1 min  
 1-5 min  
 > 5 min

**Schmerzintensität (Höhepunkt)**

                      

**Schlafqualität**

                     

**Magnesium eingenommen?**

Ja  Nein

2

Datum .....

 **Längste Krampfdauer**

Anzahl der Krämpfe

< 1 min  
 1-5 min  
 > 5 min

**Schmerzintensität (Höhepunkt)**

                     

**Schlafqualität**

                     

**Magnesium eingenommen?**

Ja  Nein

4

Datum .....

 **Längste Krampfdauer**

Anzahl der Krämpfe

< 1 min  
 1-5 min  
 > 5 min

**Schmerzintensität (Höhepunkt)**

                     

**Schlafqualität**

                     

**Magnesium eingenommen?**

Ja  Nein

6

Datum .....

 **Längste Krampfdauer**

Anzahl der Krämpfe

< 1 min  
 1-5 min  
 > 5 min

**Schmerzintensität (Höhepunkt)**

                     

**Schlafqualität**

                     

**Magnesium eingenommen?**

Ja  Nein