

Kopfschmerzkalender

Monat _____ Jahr _____

Tag:		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	
Dauer in Stunden:																																	
Stärke:	Leicht																																
	Mittel																																
	Stark																																
	Sehr stark																																
Seite:	Rechts/links																																
	Bilateral																																
	Holozephal																																
Charakter:	Drückend																																
	Klopfend																																
	Ziehend																																
Empfindlichkeit auf Licht/Geräusche/Gerüche																																	
Übelkeit/Erbrechen																																	
Schmerzzunahme durch körperliche Aktivität																																	
Auslöser:																																	
Medikament:																																	
Wirkung: (gut/mittel/schlecht)																																	
Dauer bis Wirkeintritt (in Stunden)																																	