

KOPFSCHMERZKALENDER

TAG	SCHMERZ-DAUER (h)	SCHMERZ-STÄRKE	AUSLÖSER	SCHMERZ-ART	VERTEILUNG	BEGLEITSYMPTOME	MEDIKAMENT	DOSIS MENGE	GEHOLFEN JA / NEIN
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									

Schmerzstärke: 0=kein Schmerz, 10=stärkster Schmerz, Auslöser: 1=Stress/Belastung, 2=Ruhephasen nach Stress, 3=Schlafmangel, 4=Periode, 5=Hunger/Durst
 Schmerzart: 1=pochend/pulsierend, 2= dumpf/drückend, 3= stechend Verteilung: E=einseitig, B=beidseitig, H=Hinterkopf, S=Stirn, A=Augenregion
 Begleitsymptome: 1=Übelkeit/Erbrechen, 2=Lichtempfindlichkeit, 3=Lärmempfindlichkeit, 3=Geruchsempfindlichkeit, 4=Müdigkeit, 5=Augentränen

Medikament 1: _____, Medikament 2: _____, Medikament 3: _____

