

Kopfschmerzkalender, Monat _____

Name, Vorname _____

Tag	Stunde							Auraphänomene							Begleitsymptomatik				Medikation																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Schmerzstärke	Sehstörung	Lähmungen	Sensibilitätsstörungen	Übelkeit	Erbrechen	Licht, Lärmempf.	eingegenommenes Medikament	Anzahl der Tabl.	Wirkung	
1																									3 2 1									3 2 1	
2																										3 2 1									3 2 1
3																										3 2 1									3 2 1
4																										3 2 1									3 2 1
5																										3 2 1									3 2 1
6																										3 2 1									3 2 1
7																										3 2 1									3 2 1
8																										3 2 1									3 2 1
9																										3 2 1									3 2 1
10																										3 2 1									3 2 1
11																										3 2 1									3 2 1
12																										3 2 1									3 2 1
13																										3 2 1									3 2 1
14																										3 2 1									3 2 1
15																										3 2 1									3 2 1
16																										3 2 1									3 2 1
17																										3 2 1									3 2 1
18																										3 2 1									3 2 1
19																										3 2 1									3 2 1
20																										3 2 1									3 2 1
21																										3 2 1									3 2 1
22																										3 2 1									3 2 1
23																										3 2 1									3 2 1
24																										3 2 1									3 2 1
25																										3 2 1									3 2 1
26																										3 2 1									3 2 1
27																										3 2 1									3 2 1
28																										3 2 1									3 2 1
29																										3 2 1									3 2 1
30																										3 2 1									3 2 1
31																										3 2 1									3 2 1

Schmerzstärke: 3 sehr stark 2 mittel 1 leicht
 Wirkung: 3 sehr gut 2 mäßig 1 keine