

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