

# KOPFSCHMERZ-KALENDER

Name: \_\_\_\_\_

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	Summe	
Kopfschmerzen	Migräne																																	
	sonstiger Kopfschmerz																																	
Dauer in Stunden																																		
Schmerzstärke	leicht																																	
	mittel																																	
	stark																																	
Begleitsymptome	Sehstörung																																	
	Übelkeit																																	
	Erbrechen																																	
	Licht-/Geräuschempfindlichkeit																																	
	Lähmungen																																	
	Taubheitsgefühle																																	
Menstruation	ja/nein																																	
Akuttherapie																																		
Besserung	ja/nein																																	
Prophylaxe																																		

Name: \_\_\_\_\_

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	Summe	
Kopfschmerzen	Migräne																																	
	sonstiger Kopfschmerz																																	
Dauer in Stunden																																		
Schmerzstärke	leicht																																	
	mittel																																	
	stark																																	
Begleitsymptome	Sehstörung																																	
	Übelkeit																																	
	Erbrechen																																	
	Licht-/Geräuschempfindlichkeit																																	
	Lähmungen																																	
	Taubheitsgefühle																																	
Menstruation	ja/nein																																	
Akuttherapie																																		
Besserung	ja/nein																																	
Prophylaxe																																		

