

Name:

Datum:

Telefonnummer:

Betreuende/r Ärztin/Arzt, Telefonnummer:

KOPFSCHMERZKALENDER

Monat: Jahr:

FOLGENDE DINGE TRAGE BITTE IN DEINEN KOPFSCHMERZKALENDER EIN:

1 Hattest Du heute Kopfschmerzen?

ja = ☹️ nein = 😊

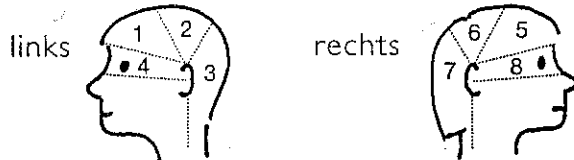
2 Wie lange haben sie gedauert?

den ganzen Tag = ●
den halben Tag = ◐
weniger als 2 Stunden = ○

3 Wie stark waren Deine Schmerzen?

schwer = ● mittel = ◐ leicht = ○

4 Wo tat es weh?



Trage die entsprechende Zahl in Deinen Kalender ein!

5 Trage bitte den oder die entsprechenden Buchstaben in Deinen Kalender ein!

- A War dir bei den Kopfschmerzen übel / hast Du erbrochen?
- B Hast Du vor oder während der Kopfschmerzen schlecht gesehen?
- C Hat Dich während der Kopfschmerzen Licht besonders gestört?
- D Hat Dich während der Kopfschmerzen Lärm besonders gestört?
- E Hattest Du irgendwelche anderen Beschwerden vor oder während der Kopfschmerzen?

6 Wenn Du heute ein Medikament genommen hast, trage bitte ein M in den Kalender ein!

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | |