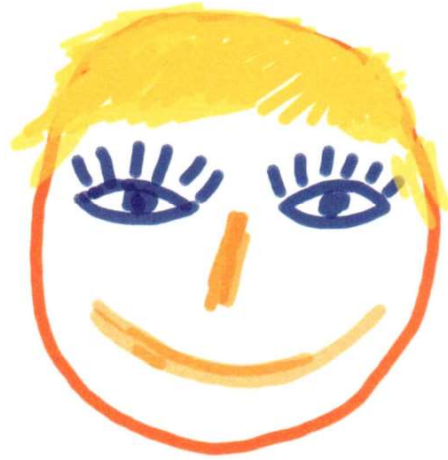


KOPFSCHMERZ KALENDER



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						