

Name:

Datum:

Telefonnummer:

Betreuende/r Ärztin/Arzt, Telefonnummer:

.....

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?

F bist du während der Kopfschmerzen in Deinen Leistungen eingeschränkt

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

KOPFSCHMERZKALENDER

Monat: Jahr:

	(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						