

Kopfschmerz-Kalender

Name: _____ Monat/Jahr: _____

Tag	Stärke	Dauer	Auslöser?	einseitig	beidseitig	pulsierend	Brechreiz / Erbrechen	Lichtscheu	Geräuschempfindlichkeit	Sehstörung	Medikament	Medikament geholfen?		
												ja	nein	teilweise
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														

Bitte den ausgefüllten Kopfschmerzkalender beim nächsten Praxisbesuch mitbringen!