Kopfschmerz-Kalender Monat

Monat / Jahr :..... ..... **Patient: .....**

Wochentag	Tag	M	S	Uhrzeit / Dauer der Kopfschmerzen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	Schmerzstärke ? 100 - 0	Sehstörung	Übelkeit	Erbrechen	Licht-Lärmempf.	andere	Auslöser	Anz. der Tabl.	Anz. der Zäpf.
	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												

Dauer der Kopfschmerzen markieren: |———— — — | Medikamenteneinnahme markieren: 1 = 2 = 3 =

Behandlungen: T = TENS, G = eigene Gymnastik, E = Entspannung, A = Arztbesuch **M = Migräne** **S = Spannungskopfschmerz**

Auslöser bzw. Verstärker eintragen, z. B. Streß, Ärger, Ernährung, Alkohol, Entspannung, Freude, Wetter...

Dauermedikamente:

Schmerzzentrum Frankfurt, Roßmarkt 23, 60311 Frankfurt a. M., Tel. 069-2998800

SCHMERZZentrum Frankfurt