

Kopfschmerzkalender

Uhrzeit und Stärke

Frau/Herrn

Vorname, Nachname

Alter

Monat u. Jahr

Wochentag	0-4 Uhr	8-12Uhr	12-16Uhr	16-20Uhr	20-24Uhr	Schmerz Ort *	Schmerz Art*	Medikamente (mit Angabe der Uhrzeit)	Tätigkeit vor Schmerzbeginn	Begleitende Beschwerden
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 tragen Sie in die Spalten der Tabelle die Zahlen ein, die folgenden Beschreibungen entsprechen:

- Stärke: 1=leicht 2=mäßig 3=stark 4=sehr stark 5=unerträglich
 Schmerzort: 1=Stirn 2=Schläfe 3=Scheitel 4=Nacken 5=Hinterkopf 6=Kieferwinkel 7=Augen 8=Ohren (mit Seitenangabe)
 Schmerzart: 1=dumpf 2=stechend 3= pulsierend 4=hämmernd 5= bohrend 6= elektrisierend 7= ziehend