

Kopfschmerztagebuch / Kopfschmerzkalender

Name:

Monat/Jahr:

Tag	Uhrzeit (von bis)	Schmerzintensität				Schmerzart				Auslöser	Arzneimittel		Sonstiges
		keine	gering	mittel	stark	beidseitig	einseitig	dumpf	pulsierend		Name	Wirksamkeit	
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													

Arzneimittel Name: Tragen Sie hier den Namen des eingenommenen Präparats ein

Arzneimittel Wirksamkeit: Tragen Sie hier + für Ja oder - für Nein ein, bei besonders guter Wirksamkeit kann es auch ein ++ sein