

# Kopfschmerzkalender von Frau/Herrn

für

Vorname und Nachname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Monat und Jahr \_\_\_\_\_

Tag Mo/Di/Mi/Do Fr/Sa/So	Uhrzeit und Stärke*			Schmerz-		Medikamente (bitte mit Angabe der Uhrzeit)	Tätigkeit vor Schmerzbeginn	Begleitende Beschwerden
	0-4 Uhr	4-8 Uhr	8-12 Uhr	12-16 Uhr	16-20 Uhr			
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 = ziehend

8 = bohrend

9 = elektrisierend

10 = Ohren (bitte auch die Seite notieren)