

# KOPFSCHMERZ KALENDER



Name: .....

Datum: .....

Telefonnummer: .....

Betreuende/r Ärztin/Arzt, Telefonnummer: .....

# KOPFSCHMERZKALENDER

Monat: ..... Jahr: .....

**FOLGENDE DINGE TRAGE BITTE IN DEINEN KOPFSCHMERZKALENDER EIN:**

**1 Hattest Du heute Kopfschmerzen?**

ja = ☹️ nein = 😊

**2 Wie lange haben sie gedauert?**

den ganzen Tag = ●  
den halben Tag = ◐  
weniger als 2 Stunden = ○

**3 Wie stark waren Deine Schmerzen?**

schwer = ● mittel = ◐ leicht = ○

**4 Wo tat es weh?**



Trage die entsprechende Zahl in Deinen Kalender ein!

**5 Trage bitte den oder die entsprechenden Buchstaben in Deinen Kalender ein!**

- A War Dir bei den Kopfschmerzen übel / hast Du erbrochen?
- B Hast Du vor oder während der Kopfschmerzen schlecht gesehen?
- C Hat Dich während der Kopfschmerzen Licht besonders gestört?
- D Hat Dich während der Kopfschmerzen Lärm besonders gestört?
- E Hattest Du irgendwelche anderen Beschwerden vor oder während der Kopfschmerzen?

**6 Wenn Du heute ein Medikament genommen hast, trage bitte ein M in den Kalender ein!**

	1	2	3	4	5	6
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						