Kopfschmerz-Kalender

Beginn am:	Tag	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
	Bitte eintragen	1. Woche							2. Woche							3. Woche							4. Woche						
Ort: – einseitiger Schmerz	l = links r = rechts																												
– beidseitiger Schmerz	ja / nein																												
Art: – pochend/pulsierend	ja / nein																												
– ziehend, dumpf, drückend	ja / nein																												
– hinderlich während der Arbeit	ja / nein																												
– verstärkt sich bei körperl. Anstrengung	ja / nein																												
Stärke: (evtl. Wert aus Schmerzskala)	0 = kein bis 10 = sehr stark																												
Befinden:	N = Normal U = Unwohlsein Ü = Übelkeit, E = Erbrechen																												
Lichtempfindlich	ja / nein																												
Lärmempfindlich	ja / nein																												
Dauer der Schmerzattacke	in Std.																												
Tageszeit	m = morgens, mi = mittags, a = abends																												
Arbeitsfähigkeit	ja / nein																												
Dauer reduzierter Leistungsfähigkeit	in Std.																												
Schmerzmitteleinnahme	ja / nein																												
Sonstige Medikamente	ja / nein																												
Zyklustag bei Frauen																													