

Kopfschmerzkalender

Medikamente

A _____
 B _____
 C _____

andere Symptome

K _____
 L _____
 M _____

N _____
 O _____
 P _____

mögliche Auslöser

1 _____ 4 _____
 2 _____ 5 _____
 3 _____ 6 _____



Monat _____

Zeit		Schmerz						Symptome					Trigger	Maßnahmen						Aktiv		Notizen		
Tag	Uhrzeit	Stärke (0-10)	Dauer (h)	pulsierend/stechend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	lärmscheu	lichtscheu	geruchsempfindlich	andere Symptome (K-P)	mögliche Auslöser (1-6)	Medikamente (A-C)	Anzahl	hilfreich	wenig hilfreich	nicht hilfreich	sonstige Maßnahmen	Sport		Entspannung	
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																								