

KOPFSCHMERZ KALENDER



Name:

Datum:

Telefonnummer:

Betreuende/r Ärztin/Arzt, Telefonnummer:

.....

**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 Kopf-
schmerzen 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 genom-
men hast, trage bitte ein M in den
Kalender ein!**

KOPFSCHMERZKALENDER

Monat: Jahr:

	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						