

Kopfschmerzkalender**Name:****Woche Nr.:**

Datum	Dauer	Stärke	Qualität	Begleitsymptome	Auslöser	Medikament	W

Woche Nr.:

Dauer: z.B. 8:00 – 13:00 **Stärke** zwischen 0 bis 10 (0 = kein Schmerz, 5 = mittelstark, Alltagsaufgaben können erledigt werden, 10 = extrem, Hinlegen erforderlich, arbeitsunfähig)

Qualität: pochend/stechend/drückend oder anders (bitte beschreiben !) – links/rechts/beidseits **Begleitsymptome:** z. B. Übelkeit/Schwindel/Lichtempfindlich/Sehstörung etc.

Auslöser: z.B. Regelblutung/Stress/Wochenende/Wetterwechsel/Schlafentzug **Medikament:** Anzahl und Stärke der genommenen Tabletten **W=Wirkung:** +(gut) +/--(teilweise) –(schlecht)