



Kopfschmerz-Dokumentation vom _____ bis _____

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Tag	Schmerzort					Schmerzstärke					Begleitsymptom Übelkeit-1, Aura-2, Lichtscheu-3, Fieber-4, Erbrechen-5, Bettruhe-6	Medikament Name und Dosis Uhrzeit
	Stirn	Schläfe	Scheitel	Hinterkopf	Nacken	Gering – sehr stark 1 – 2 – 3 – 4 – 5						
01.												
02.												
03.												
04.												
05.												
06.												
07.												
08.												
09.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												
31.												

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit ☺