



Kopfschmerzkalender

Monat: _____

Jahr: _____

Trage Monat und Jahr selbst ein. Streiche Tage, die es in diesem Monat nicht gibt.

Tag	Kopf- schmerz	Migräne- merkmale*	Stärke 0–10	Beginn / Dauer	Begleitsymptome / Alltagsbeeinträchtigung	Akut- mittel	Medikament / Dosis / Wirkung / weitere Notizen
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							

Kopfschmerz, Migränemerkmale* und Akutmittel: ja / nein / ?. Leere Felder = nicht erfasst.

*Ärztlich vereinbarte Merkmale; bei Unsicherheit ?. Stärke: 0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz.

Kopfschmerztag: _____ Tage mit Migränemerkmale*: _____ Akutmedikamententag: _____

Zähle Tage, nicht Tabletten. Die Vorlage ersetzt keine medizinische Abklärung.

Bewahre Deine Gesundheitsnotizen geschützt auf.