 **Kopfschmerz-Protokoll Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Woche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kopfschmerz | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
| Stärke 0-3 |  |  |  |  |  |  |  |
| Lokalisation Stirn/einseitig/beidseitig/Schläfe/ Hinterkopf |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit (von bis)/Dauer |  |  |  |  |  |  |  |
| Übelkeit? |  |  |  |  |  |  |  |
| Erbrechen? |  |  |  |  |  |  |  |
| Licht-/ Lärmempfindlichkeit |  |  |  |  |  |  |  |
| Medikamente |  |  |  |  |  |  |  |
| Besserung durch? |  |  |  |  |  |  |  |
| Trinkmenge |  |  |  |  |  |  |  |
| Besonderheiten |  |  |  |  |  |  |  |

Stärke:

0= keine Schmerzen 1= leichte Schmerzen, normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt 2= mittel, normale Tätigkeit erschwert 3= normaler Tagesablauf nicht mehr möglich