KOPFSCHMERZTAGEBUCH

Monat _____

info MEDIZIN

ZEIT	SCHMERZCHARAKTER			WEITERE SYMPTOME	AUSLÖSER	MEDIKAMENTE		
	Intensität	**Art**	**Stelle**			**Präparat**	**Dosis**	**Wirkung**
Datum Uhrzeit	▲ stark -- mittel ▼ leicht	**p**ulsierend/ **p**ochend **d**umpf/ **d**rückend	**l**inks **r**echts **b**eides	**a** Übelkeit **b** Erbrechen **c** Lichtempfindlichkeit **d** Lärmempfindlichkeit **e** Sehstörungen **f** andere Erscheinungen	**a** Stress **b** Erholung **c** Schlaf-/Wachrhythmus **d** Menstruation **e** andere Auslöser	**Ibu**profen **Pa**racetamol **A**SS **S**onstige	100mg 250mg 500mg andere	**+** gut **o** mittel **-** schlecht
	▲ -- ▼	p/p d/d	l r b					+ o -
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.								