KOPFSCHMERZ ZENTRUM FRANKFURT

Kopfschmerztagebuch

Name: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Aktuelle Akutmedikation: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Aktuelle Prophylaxe: 1. _____ 2. _____ 3. _____

	Hatten Sie Kopfschmerzen?		Schmerzintensität			Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen			Haben Sie ein Schmerzmedikament eingenommen?		Welches Medikament haben Sie eingenommen?	Bewertung der Medikamentenwirkung			Haben Sie wegen Kopfschmerzen am Arbeitsplatz heute gefehlt?	
	ja	nein	🙂	😐	☹	🙂	😐	☹	ja	nein		🙂	😐	☹	ja	nein
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																