

<b>Patient:</b> _____ Name/Vorname	_____ Geburtsdatum
---------------------------------------	-----------------------

<b>Arzt:</b> _____ Name/Vorname	_____ Spital/Praxis	_____ Datum
------------------------------------	------------------------	----------------

## Kopfwehkalender

Jahr: \_\_\_\_\_

Arzt / Institut (Stempel)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Tagesdosierung der Medikamente

Medikament	Morgens	Mittags	Abends
Basisbehandlung			
Anfallsbehandlung			

### Zeichenerklärung

#### Schmerzintensität:

- 1) leichte Schmerzen, voll arbeitsfähig
- 2) starke Schmerzen, starke Beeinträchtigung, Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt (um 50%)
- 3) extrem starke Schmerzen, arbeitsunfähig, blockiert

#### Schmerzlokalisierung:

- R rechts
- L links
- S Stirn
- H Hinterkopf
- G ganzer Kopf

#### Allgemeine Angaben:

- 1 Freier Tag / Wochenendtag / Ferientag usw.
- x Menstruation

#### Weitere Charakteristika:

- E Erbrechen
- U Übelkeit
- V Vorzeichen

Januar							Februar							März							
Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	
1.							1.							1.							
2.							2.							2.							
3.							3.							3.							
4.							4.							4.							
5.							5.							5.							
6.							6.							6.							
7.							7.							7.							
8.							8.							8.							
9.							9.							9.							
10.							10.							10.							
11.							11.							11.							
12.							12.							12.							
13.							13.							13.							
14.							14.							14.							
15.							15.							15.							
16.							16.							16.							
17.							17.							17.							
18.							18.							18.							
19.							19.							19.							
20.							20.							20.							
21.							21.							21.							
22.							22.							22.							
23.							23.							23.							
24.							24.							24.							
25.							25.							25.							
26.							26.							26.							
27.							27.							27.							
28.							28.							28.							
29.							29.							29.							
30.																					
31.																					
<b>Total</b>							<b>Total</b>							<b>Total</b>							

April							Mai							Juni							
Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	
1.							1.							1.							
2.							2.							2.							
3.							3.							3.							
4.							4.							4.							
5.							5.							5.							
6.							6.							6.							
7.							7.							7.							
8.							8.							8.							
9.							9.							9.							
10.							10.							10.							
11.							11.							11.							
12.							12.							12.							
13.							13.							13.							
14.							14.							14.							
15.							15.							15.							
16.							16.							16.							
17.							17.							17.							
18.							18.							18.							
19.							19.							19.							
20.							20.							20.							
21.							21.							21.							
22.							22.							22.							
23.							23.							23.							
24.							24.							24.							
25.							25.							25.							
26.							26.							26.							
27.							27.							27.							
28.							28.							28.							
29.							29.							29.							
30.							30.							30.							
							31.														
							<b>Total</b>							<b>Total</b>							

Juli							August							September							
Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	
1.							1.							1.							
2.							2.							2.							
3.							3.							3.							
4.							4.							4.							
5.							5.							5.							
6.							6.							6.							
7.							7.							7.							
8.							8.							8.							
9.							9.							9.							
10.							10.							10.							
11.							11.							11.							
12.							12.							12.							
13.							13.							13.							
14.							14.							14.							
15.							15.							15.							
16.							16.							16.							
17.							17.							17.							
18.							18.							18.							
19.							19.							19.							
20.							20.							20.							
21.							21.							21.							
22.							22.							22.							
23.							23.							23.							
24.							24.							24.							
25.							25.							25.							
26.							26.							26.							
27.							27.							27.							
28.							28.							28.							
29.							29.							29.							
30.							30.							30.							
31.							31.														
<b>Total</b>							<b>Total</b>							<b>Total</b>							

Oktober							November							Dezember							
Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	Tag	Morgen	Vormittag	Nachmittag	Abend	Nacht	Total	
1.							1.							1.							
2.							2.							2.							
3.							3.							3.							
4.							4.							4.							
5.							5.							5.							
6.							6.							6.							
7.							7.							7.							
8.							8.							8.							
9.							9.							9.							
10.							10.							10.							
11.							11.							11.							
12.							12.							12.							
13.							13.							13.							
14.							14.							14.							
15.							15.							15.							
16.							16.							16.							
17.							17.							17.							
18.							18.							18.							
19.							19.							19.							
20.							20.							20.							
21.							21.							21.							
22.							22.							22.							
23.							23.							23.							
24.							24.							24.							
25.							25.							25.							
26.							26.							26.							
27.							27.							27.							
28.							28.							28.							
29.							29.							29.							
30.							30.							30.							
31.							31.							31.							
<b>Total</b>							<b>Total</b>							<b>Total</b>							