

# Kopfwehkalender

## Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

---

**Arzt / Institut** (Stempel)

Telefonnummer:

---

**Tagesdosierung der Medikamente** (mit Bleistift eintragen)

Medikament	morgens	mittags	abends
Basisbehandlung			
Anfallsbehandlung			

**Nächster Arztbesuch** (mit Bleistift eintragen)

Wochentag:

Datum:

Zeit:

## 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							April													
Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total							
1.							1.							1.							1.							1.						
2.							2.							2.							2.							2.						
3.							3.							3.							3.							3.						
4.							4.							4.							4.							4.						
5.							5.							5.							5.							5.						
6.							6.							6.							6.							6.						
7.							7.							7.							7.							7.						
8.							8.							8.							8.							8.						
9.							9.							9.							9.							9.						
10.							10.							10.							10.							10.						
11.							11.							11.							11.							11.						
12.							12.							12.							12.							12.						
13.							13.							13.							13.							13.						
14.							14.							14.							14.							14.						
15.							15.							15.							15.							15.						
16.							16.							16.							16.							16.						
17.							17.							17.							17.							17.						
18.							18.							18.							18.							18.						
19.							19.							19.							19.							19.						
20.							20.							20.							20.							20.						
21.							21.							21.							21.							21.						
22.							22.							22.							22.							22.						
23.							23.							23.							23.							23.						
24.							24.							24.							24.							24.						
25.							25.							25.							25.							25.						
26.							26.							26.							26.							26.						
27.							27.							27.							27.							27.						
28.							28.							28.							28.							28.						
29.							29.							29.							29.							29.						
30.							30.							30.							30.							30.						
31.							31.							31.							31.							31.						
Total							Total							Total							Total							Total						

Mai							Juni							Juli							August							
Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	
1.							1.							1.							1.							
2.							2.							2.							2.							
3.							3.							3.							3.							
4.							4.							4.							4.							
5.							5.							5.							5.							
6.							6.							6.							6.							
7.							7.							7.							7.							
8.							8.							8.							8.							
9.							9.							9.							9.							
10.							10.							10.							10.							
11.							11.							11.							11.							
12.							12.							12.							12.							
13.							13.							13.							13.							
14.							14.							14.							14.							
15.							15.							15.							15.							
16.							16.							16.							16.							
17.							17.							17.							17.							
18.							18.							18.							18.							
19.							19.							19.							19.							
20.							20.							20.							20.							
21.							21.							21.							21.							
22.							22.							22.							22.							
23.							23.							23.							23.							
24.							24.							24.							24.							
25.							25.							25.							25.							
26.							26.							26.							26.							
27.							27.							27.							27.							
28.							28.							28.							28.							
29.							29.							29.							29.							
30.							30.							30.							30.							
31.							31.							31.							31.							
Total							Total							Total								Total						

September							Oktober							November							Dezember						
Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittag	nachmittag	abends	nachts	Total
1.							1.							1.							1.						
2.							2.							2.							2.						
3.							3.							3.							3.						
4.							4.							4.							4.						
5.							5.							5.							5.						
6.							6.							6.							6.						
7.							7.							7.							7.						
8.							8.							8.							8.						
9.							9.							9.							9.						
10.							10.							10.							10.						
11.							11.							11.							11.						
12.							12.							12.							12.						
13.							13.							13.							13.						
14.							14.							14.							14.						
15.							15.							15.							15.						
16.							16.							16.							16.						
17.							17.							17.							17.						
18.							18.							18.							18.						
19.							19.							19.							19.						
20.							20.							20.							20.						
21.							21.							21.							21.						
22.							22.							22.							22.						
23.							23.							23.							23.						
24.							24.							24.							24.						
25.							25.							25.							25.						
26.							26.							26.							26.						
27.							27.							27.							27.						
28.							28.							28.							28.						
29.							29.							29.							29.						
30.							30.							30.							30.						
31.							31.							31.							31.						
Total							Total							Total							Total						