SCHMERZ+ PALLIATIVZENTRUM HAMBURG

Kopfschmerz- Kalender

Name: **Monat:** **202**

Wochentag	Tag			Uhrzeit / Dauer der Kopfschmerzen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	Schmerzstärke 0-10	Sehstörung	Übelkeit	Erbrechen	Licht-Lärmempf.	andere	Auslöser	Anz. der Tabl.	Anz. der Zäpf.
	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												

Dauer der Kopfschmerzen markieren: - - - - - - - **Medikamenteneinnahme markieren:** 1= 2= 3=

Auslöser eintragen (z.B. Streß, Ärger, Ernährung, Alkohol, Entspannung, Freude, Wetter)

Behandlungen: T = TENS, G = Gymnastik eigene, KG = Krankengymnastik, E = Entspannung, A = Arztbesuch

Dauermedikamente:

© Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg (CIS) GmbH