



Schweizerische Kopfwehgesellschaft
www.headache.ch

Kopfwehkalender

Name:

Monat:

**Kopfschmerz-
intensität**
10 = hoch
1 = niedrig

Medikamente *
(Anzahl Tabl. /
Zäpfchen etc.)

Bemerkungen

Besondere Vorkommnisse, Beschwerden,
mögliche Auslöser für Kopfweh etc.
Dauer, bis angewendetes Mittel gewirkt hat etc.

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			

*) Schreiben Sie die von Ihnen üblicherweise verwendeten Medikamente in die Spalten. Wenn Sie ein Medikament einnehmen, notieren Sie dieses jeweils mit einem Strich. Diese "Strichliste" gibt Auskunft über die benötigte Menge eines Medikaments und gibt dem Arzt wertvolle Hinweise zur Anpassung der Therapie.