

# KIELER KOPFSCHMERZKALENDER

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Datum										
Schmerzstärke 1= schwach; 2= mittel 3= stark; 4= sehr stark										
Einseitiger Kopfschmerz										
Beidseitiger Kopfschmerz										
Pulsierend oder pochend										
Drückend, dumpf bis ziehend										
Hinderlich bei üblicher Tätigkeit										
Verstärkung bei körperlicher Aktivität										
Übelkeit										
Erbrechen										
Lichtscheu										
Lärmscheu										
Anfallsdauer										
Medikamente 1: _____ 2: _____ 3: _____										
Wirkung	gut									
	mäßig									
	schlecht									

# KIELER KOPFSCHMERZKALENDER

Kopfschmerzanfall	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Datum										
Schmerzstärke 1= schwach; 2= mittel 3= stark; 4= sehr stark										
Einseitiger Kopfschmerz										
Beidseitiger Kopfschmerz										
Pulsierend oder pochend										
Drückend, dumpf bis ziehend										
Hinderlich bei üblicher Tätigkeit										
Verstärkung bei körperlicher Aktivität										
Übelkeit										
Erbrechen										
Lichtscheu										
Lärmscheu										
Anfallsdauer										
Medikamente 1: _____ 2: _____ 3: _____										
Wirkung	gut									
	mäßig									
	schlecht									