

## Kopfschmerz-Protokoll

Woche: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Kopfschmerz	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Stärke 0-3							
Lokalisation Stirn/ Kopfseite/ Schläfe /Hinterkopf							
Uhrzeit							
Übelkeit Stärke 0-3							
Erbrechen Stärke 0-3							
Licht -/ Lärmempfindlich							
Medikamente							
Trinkmenge							
Besonderheiten							

Stärke: 0 = keine, 1= leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt) , 2= mittel (normale Tätigkeit beeinträchtigt), 3= stark (normaler Tagesablauf nicht mehr möglich)