

DER ETWAS ANDERE KOPFSCHMERZKALENDER

| Tag Monat: | Art/Ort | Dauer | Stärke | Symptome | Auslöser | Medikamete | Trotzdem gelingen |
|------------------------|---------|-------|--------|----------|----------|------------|----------------------|
| 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 | | | | | | | |

Legende:

Art/Ort: einseitig, beidseitig, Stirn, Schläfen; Hinterkopf

Dauer: Stundenzahl

Stärke: schwach X; mittel XX; stark: XXX

Symptome: Aura; Sehstörungen, Geschmacksstörungen; Lähmungser-
scheinungen; Übelkeit/Erbrechen

Auslöser: ggf. eintragen (Stress; Alkohol, Lebensmittel etc.)

Medikamente: Name und Dosierung eintragen

Trotzdem **gelingen**: bestimmt ist Ihnen trotzdem etwas gelungen