

Clusterkopfschmerzkalender - Name: _____ Monat _____ Jahr _____

Akutmedikation:

1) _____

2) _____

3) _____

Prophylaxe:

1) _____

Tagesdosis: _____mg

2) _____

Tagesdosis: _____mg

3) _____

Tagesdosis: _____mg

Trigger: _____mg

A) _____

B) _____

C) _____

Datum	Wieviele Anfälle/ Tag	Dauer im Durchschnitt (min)	Stärke 0-10	Akutmedikation (Nummern siehe links)	Effekt der Akutmedikation (+, ++ siehe unten)	Trigger	Prophylaxe (Nummer s. links)	Besonderes
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								

Schmerzstärke: Bitte die *maximale* Schmerzstärke angeben (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) **Effekt:** Bitte Wirkung der Akutmedikation angeben: - kein

Effekt, + geringe, ++ mittlere, +++ gute Wirkung