



Société Suisse des Céphalées  
Società Svizzera di Cefalea  
Swiss Headache Society

# Kopfwehkalender

Name: .....

Monat: .....

**Kopfschmerz  
Intensität**  
10 = hoch  
1 = niedrig

**Medikamente \***  
(Anzahl Tabl. /  
Zäpfchen etc.)

**Bemerkungen**

Besondere Vorkommnisse, Beschwerden,  
mögliche Auslöser für Kopfweg,  
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