KOPFSCHMERZKALENDER

Name:

Dokumentation für den Monat/Jahr:

Tag	Uhrzeit, Stärke (x von 10), Dauer																								Schmerzort	Schmerzart	Medikamente		Tätigkeit vor Schmerzbeginn	Begleitende Beschwerden
	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20-	20-21	21-22	22-23	23-24			Wirkstoff	Wirkung ja/ nein		
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																														

Stärke: 0= kein Schmerz bis 10 = unerträglich/ Vernichtungsschmerz

Schmerzort: 1 = Stirn, 2 = Schläfe, 3 = Scheitel, 4 = Nacken, 5 = Hinterkopf, 6 = Kieferwinkel, 7 = Augen, 8 = Ohren, re =rechts, li =links

Schmerzart: 1 = dumpf, 2 = stechend, 3 = pulsierend, 4 = hämmernd, 5 = bohrend, 6 = elektrisierend, 7 = ziehend

Dr. Silvia Kinder
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunkt Neuropädiatrie