

Mein Kopfschmerztagebuch

Monat / Jahr _____

										Medikamente				
			Schmerzcharakter		Seite			Begleiterscheinungen	Vermuteter Schmerzauslöser	Welche	Wieviele	Wirkung		
Tag	Uhrzeit (von - bis)	Stärke ¹	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	links	mittig	rechts	Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, einseitige/ beidseitige Sehstörungen, etc.	Stress, Erholung, Essen, gestörter Schlaf-/Wachrythmus, Menstruation, etc.	Präparat/ Dosierung	Anzahl der Tabletten	gut	mittel	schlecht
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
23														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														

¹Schmerzstärke:

Tragen Sie bitte in die Tabelle die passende Zahl ein.



Thomapyrin® ThomaDUO®