Name:..... **Woche vom: ..... bis: .....**	**Montag**	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
Hatten Sie heute eher schöne ①, oder eher unerfreuliche ② Erlebnisse?	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen?	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden	..... Stunden
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen? stark ① mittel ② leicht ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③
Beschreiben Sie Ihren Schmerz (rechts, Stirnmitte, drückend, pulsierend etc.).							
Hatten Sie Begleitsymptome (Übelkeit, Lichtempfindlichkeit etc.)?							
Haben Sie Medikamente genommen?	ja ◯ nein ◯	ja ◯ nein ◯	ja ◯ nein ◯	ja ◯ nein ◯	ja ◯ nein ◯	ja ◯ nein ◯	ja ◯ nein ◯
Wenn Ja: • Welche? • Wieviel? • Wann?							
Wie wirkten die Medikamente? gut ① mäßig ② schlecht ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③