

Monat .....

Datum der Menstruation: .....

Tag	[1]	[2]	Schmerzart/-Ort				Begleitsymptome							
	Stärke	Dauer	pulsierend-pochend	dampf-drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Sprachstörungen	Lähmungen	Schmerzzunahme bei körperl. Aktivität
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														

Medikamente zur Behandlung **anderer** Erkrankungen:

I .....

II .....

III .....

Tag	[3]	[4]	[5]	Art und Dosis der Einnahme				[6]	[7]	[8]	[9]
	Auslöser	Medikamente	Tabletten	Tropfen	Zäpfchen	Nasenspray	Spritze	Wirkung	Zufriedenheit	Arbeitsfähig	Lebensqualität
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											