Name: _____ angewendete Medikamente:

1	
2	
3	

Monat Jahr 20	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Beginn (Uhrzeit)																															
Dauer (Stunden)																															
Schmerzstärke *schwach*																															
mittel																															
stark																															
Lokalisation des *einseitig*																															
Schmerzes *zweiseitig*																															
Schmerzcharakter *1=pulsierend 2=dumpf 3=pochend 4= drückend 5=ziehend*																															
Änderung des Tagesablaufs																															
Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität																															
Übelkeit/Erbrechen																															
Licht-/Geräuschempfindlichkeit																															
Tage der Periode																															
Medikamente																															
Schmerzlinderung (binnen 2 Stunden)																															
Schmerzfreiheit (binnen 2 Stunden)																															

Monat _____ Jahr 20__	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Beginn (Uhrzeit)																															
Dauer (Stunden)																															
Schmerzstärke *schwach*																															
mittel																															
stark																															
Lokalisation des *einseitig*																															
Schmerzes *zweiseitig*																															
Scherzcharakter *1=pulsierend 2=dumpf 3=pochend 4= drückend 5=ziehend*																															
Änderung des Tagesablaufs																															
Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität																															
Übelkeit/Erbrechen																															
Licht-/Geräuschempfindlichkeit																															
Tage der Periode																															
Medikamente																															
Schmerzlinderung (binnen 2 Stunden)																															
Schmerzfreiheit (binnen 2 Stunden)																															

Monat _____ Jahr 20__	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Beginn (Uhrzeit)																															
Dauer (Stunden)																															
Schmerzstärke *schwach*																															
mittel																															
stark																															
Lokalisation des *einseitig*																															
Schmerzes *zweiseitig*																															
Schmerzcharakter *1=pulsierend 2=dumpf 3=pochend 4= drückend 5=ziehend*																															
Änderung des Tagesablaufs																															
Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität																															
Übelkeit/Erbrechen																															
Licht-/Geräuschempfindlichkeit																															
Tage der Periode																															
Medikamente																															
Schmerzlinderung (binnen 2 Stunden)																															
Schmerzfreiheit (binnen 2 Stunden)																															