

Patient: Herr / Frau.....

Datum: Woche vom..... bis

	Attacke	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Anmerkungen (besondere Ereignisse)
Montag	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									
Dienstag	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									
Mittwoch	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									
Donnerstag	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									
Freitag	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									
Samstag	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									
Sonntag	Max.Stärke									
	Dauer (Min)									
	Uhrzeit (Beginn)									
	Maßnahme									

Erklärungen:

Max. Stärke: geben Sie bitte Ihre maximale Schmerzstärke während der Attacke ein (0-10: 0:kein Schmerz, 10: schlimmster Schmerz)

Maßnahme: geben Sie bitte an, was Sie während der Attacke gegen die Schmerzen unternommen haben. Sie können dabei auch Abkürzungen benutzen, z. B. Anwendung von Imigran-Spritze:I-S etc.

Hier können Sie Ihre jeweiligen Abkürzungen notieren:

vertrieben über die Homepage der CSG e. V.

www.clusterkopf.de