

Name: _____ Monat: _____ Jahr: _____



Trigeminusneuralgie-Kalender

Schmerzstärke: 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Medikation (Anfang des Monats): _____

Tag	Attacken			Dauerschmerz (falls vorhanden)	Gesamtwertung Tag (bezüglich Trigeminusneuralgie)	Kommentare (z.B. Änderungen Medikamente)
	Anzahl Attacken	Mittlere Dauer	Mittlere Stärke (0-10)	Mittlere Stärke (0-10)	(0-10) 0 = sehr gut 10 = sehr schlecht	
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						