

Name: _____ Monat: _____



Cluster-Kopfschmerz-Kalender

Bitte nutzen Sie pro Tag eine Zeile und machen Sie für jede Attacke einen Strich.
Schmerzstärke: Skala von 0 (kein Schmerz) bis zu 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Tag	Anzahl Attacken	Mittlere Dauer der Attacken (min)	Mittlere Schmerz- stärke (0-10)	Anzahl Anwendungen Sauerstoff	Anzahl Anwendungen Sumatriptan s.c. oder AscoTop nasal
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					