

***Thomapyrin***<sup>®</sup>



*Das Thomapyrin*<sup>®</sup>  
***Kopfschmerz-Tagebuch***

# Das Thomapyrin® Kopfschmerz-Tagebuch

\*Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen:

MONAT:

TAG	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	
Hatten Sie heute eher schöne <b>1</b> oder eher <b>2</b> unerfreuliche Erlebnisse?	<b>1</b> <b>2</b>	<b>1</b> <b>2</b>	<b>1</b> <b>2</b>																													
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen an?	Std.	Std.	Std.	Std.																												
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	Std.	Std.	Std.	Std.																												
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen? Stark <b>1</b> Mittel <b>2</b> Leicht <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																														
Beschreiben Sie Ihren Schmerz! Rechts <b>1</b> Links <b>2</b> Stirnmitte <b>3</b> Drückend <b>4</b> Andere <b>5</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b> <b>5</b>																															
Hatten Sie Begleitsymptome? Übelkeit <b>1</b> Lichtempfindlichkeit <b>2</b> Andere <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																														
Haben Sie Medikamente genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																													
Wenn Ja: Welche?*																																
Wie viel?																																
Wann?																																
Wie wirkten die Medikamente? Gut <b>1</b> Mäßig <b>2</b> Schlecht <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																														

# Das Thomapyrin® Kopfschmerz-Tagebuch

\*Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen:

MONAT:

TAG	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		
Hatten Sie heute eher schöne <b>1</b> oder eher <b>2</b> unerfreuliche Erlebnisse?	<b>1</b> <b>2</b>	<b>1</b> <b>2</b>	<b>1</b> <b>2</b>																														
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen an?	Std.	Std.	Std.	Std.																													
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	Std.	Std.	Std.	Std.																													
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen? Stark <b>1</b> Mittel <b>2</b> Leicht <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																															
Beschreiben Sie Ihren Schmerz! Rechts <b>1</b> Links <b>2</b> Stirnmitte <b>3</b> Drückend <b>4</b> Andere <b>5</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b> <b>5</b>																																
Hatten Sie Begleitsymptome? Übelkeit <b>1</b> Lichtempfindlichkeit <b>2</b> Andere <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																															
Haben Sie Medikamente genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																														
Wenn Ja: Welche?*																																	
Wie viel?																																	
Wann?																																	
Wie wirkten die Medikamente? Gut <b>1</b> Mäßig <b>2</b> Schlecht <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																															

# Das Thomapyrin® Kopfschmerz-Tagebuch

\*Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen:

MONAT:

TAG	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	
Hatten Sie heute eher schöne <b>1</b> oder eher <b>2</b> unerfreuliche Erlebnisse?	<b>1</b> <b>2</b>	<b>1</b> <b>2</b>	<b>1</b> <b>2</b>																													
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen an?	Std.	Std.	Std.	Std.																												
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	Std.	Std.	Std.	Std.																												
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen? Stark <b>1</b> Mittel <b>2</b> Leicht <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																														
Beschreiben Sie Ihren Schmerz! Rechts <b>1</b> Links <b>2</b> Stirnmitte <b>3</b> Drückend <b>4</b> Andere <b>5</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b> <b>5</b>																															
Hatten Sie Begleitsymptome? Übelkeit <b>1</b> Lichtempfindlichkeit <b>2</b> Andere <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																														
Haben Sie Medikamente genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																													
Wenn Ja: Welche?*																																
Wie viel?																																
Wann?																																
Wie wirkten die Medikamente? Gut <b>1</b> Mäßig <b>2</b> Schlecht <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>																														