



Dr. Michael Lang
Kinderarzt

Kopfschmerzkalender

Monat/Jahr: ____ / ____			Art des Schmerzes		Lokalisation		Symptome	Auslöser	Medikament	
Tag	Uhrzeit von - bis	Stärke 1 - wenig 10 - starkt	pochend	drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen, Übelkeit, Licht-/Lärmepfindlich- keit, Sehstörung, ...		Name & Dosierung	Wirkung 1 - wenig 10 - starkt
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										

Name des Kindes:

Geburtsdatum:
