Monat:

Datum	**Wochentag:**	**Uhrzeit von:**	**Uhrzeit bis:**	**Schmerzstärke:** 0 (kein Schmerz) - 10 (stärkster Schmerz)	**Symptome:** (bsp. Übelkeit, Lärm-, Licht-, Geruchsempfindlich)	**Medikamente**		**Trigger (Auslöser in den letzten 24 Stunden vor dem Anfall)**
						Welche:	Wirkung (ja/mittel/nein):	
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								