Kopfschmerzkalender für **$Nachname#, $Vorname#** Monat:

Dauerschmerz-medikament	arbeitsfreier Tag	Regel	Kalendertag	Uhrzeit Intensität der Schmerzen (kein/leichter/mittlerer/starker Schmerz)	Sehstörungen	Übelkeit	Erbrechen	Lähmungen	Licht-Lärmempfindl	Name der eingenommenen Bedarfs-Schmerzmedikation	Wirkung (+ ; -)	Anz. der Tabletten	Anz. der Zäpfchen Tropfen
				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24									
			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										