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

Dauerschmerz-medikament	arbeitsfreier Tag	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										