

Name: \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_



	Datum	Wieviele Attacke/ Tag	Stärke 0-10	Auslöser	Prophylaxe (Nummer s. links)	Effekt der Medikation (+++ siehe unten)	Besonderes
1) _____	1						
Tagesdosis:	2						
_____mg	3						
	4						
	5						
2) _____	6						
Tagesdosis:	7						
_____mg	8						
	9						
	10						
3) _____	11						
Tagesdosis:	12						
_____mg	13						
	14						
	15						
	16						
<b>Auslöser:</b>	17						
A) _____	18						
B) _____	19						
C) _____	20						
D) _____	21						
E) _____	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	27						
	28						
	29						
	30						
	31						

**Schmerzstärke:** Bitte die *maximale* Schmerzstärke angeben (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)  
**Effekt:** Bitte Wirkung der Akutmedikation angeben: - kein Effekt, + geringe, ++ mittlere, +++ gute Wirkung

Trigeminusneuralgie