

Maand: _____ Jaar: _____

Dag	Ernst van de hoofdpijn				Duur van de hoofdpijn		Is er sprake van			Gebruikte medicijnen <i>(naam, sterkte en dosis vermelden)</i>			Bijzonderheden <i>(b.v. menstruatie en andere lichamelijke klachten of uitlokkende factoren)</i>
	0	1	2	3	van	tot	a	b	c	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Ernst van de hoofdpijn: 0=geen, 1=licht, 2=matig, 3=ernstig Is er sprake van: a=misselijkheid, b=braken, c=overgevoeligheid voor licht en geluid

Dag	Ernst van de hoofdpijn				Duur van de hoofdpijn		Is er sprake van			Gebruikte medicijnen <i>(naam, sterkte en dosis vermelden)</i>			Bijzonderheden <i>(b.v. menstruatie en andere lichamelijke klachten of uitlokkende factoren)</i>
	0	1	2	3	van	tot	a	b	c	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Ernst van de hoofdpijn: 0=geen, 1=licht, 2=matig, 3=ernstig Is er sprake van: a=misselijkheid, b=braken, c=overgevoeligheid voor licht en geluid