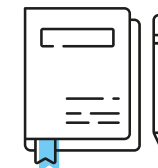


Naam: \_\_\_\_\_

# Hoofdpijndagboek



## Vul dagelijks in:

1. of u al dan niet hoofdpijn heeft (0: neen, 1: ja)
2. de duur van deze hoofdpijn (uren, indien de ganse dag aanhoudend, duid aan met D)
3. hoe hevig deze hoofdpijn is (0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn)
4. of u omwille van hoofdpijn afwezig was op het werk of op school (0: neen, 1: ja)
5. of u pijnstillers neemt (0: neen, 1: ja)
6. of u misselijk bent (0: neen, 1: ja)
7. of u gevoelig bent voor licht en geluid (0: neen, 1: ja)

Maand: _____	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
Hoofdpijn?																															
Hoofdpijnduur (uren)																															
Ernst hoofdpijn 0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn																															
Afwezig werk/school?																															
Gebruik pijnstillers?																															
Misselijk?																															
Gevoelig voor licht?																															
Gevoelig voor geluid?																															

