

Kopfschmerztagebuch: Tag 1

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Numerische Schätzskaala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympntome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut - = schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein; Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Medikation	morgens	eingenommen	mittags	eingenommen	abends	eingenommen
		Studienmedikament	5		0		0
	Verapamil	1		1		1	
	Pantoprazol	0		0		1	
	Kalium-Brause	1		0		0	

Kopfschmerztagebuch: Tag 2

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Verbale Rating Skala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympptome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut - = schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein; Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan	Medikation	morgens	eingenommen	mittags	eingenommen	abends	eingenommen
	Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Studienmedikament	5		0		0
Verapamil		1		1		1	
Pantoprazol		0		0		1	
Kalium-Brause		1		0		0	

Kopfschmerztagebuch: Tag 3

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Verbale Rating Skala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympptome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut -= schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein; Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan	Medikation	morgens	eingenommen	mittags	eingenommen	abends	eingenommen
	Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Studienmedikament	5		0		0
Verapamil		1		1		1	
Pantoprazol		0		0		1	
Kalium-Brause		1		0		0	

Kopfschmerztagebuch: Tag 4

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Verbale Rating Skala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympntome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut - = schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> Laufende Nase, <input type="checkbox"/> Gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> Hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> Verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein; Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan	Medikation	morgens	eingenommen	mittags	eingenommen	abends	eingenommen
	Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Studienmedikament	5		0		0
Verapamil		1		1		2	
Pantoprazol		0		0		1	
Kalium-Brause		1		0		0	

Kopfschmerztagebuch: Tag 5

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Verbale Rating Skala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympptome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut -= schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein;

Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan	Medikation	morgens	eingegenommen	mittags	eingegenommen	abends	eingegenommen
	Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Studienmedikament	5		0		0
Verapamil		1		1		2	
Pantoprazol		0		0		1	
Kalium-Brause		1		0		0	

Kopfschmerztagebuch: Tag 6

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Verbale Rating Skala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympptome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut - = schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein; Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan	Medikation	morgens	eingegenommen	mittags	eingegenommen	abends	eingegenommen
	Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Studienmedikament	4		0		0
Verapamil		1		1		2	
Pantoprazol		0		0		1	
Kalium-Brause		1		0		0	

Kopfschmerztagebuch: Tag 7

Datum: _____

Nr.	Auftreten der Cluster-Attacke (Uhrzeit)	Verbale Rating Skala 0=kein Schmerz 10=schlimmster Schmerz	Lokalisation	Autonome Sympntome <i>Einseitig auftretende Begleitsymptome zusätzlich zu den Kopfschmerzen</i>	Akutmedikation		Kommentar
					Präparat und Dosis	Wirksamkeit ++= sehr gut += gut - = schlecht	
1	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
2	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
3	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
4	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
5	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
6	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			
7	von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr			<input type="checkbox"/> Augentränen, <input type="checkbox"/> verstopfte Nase, <input type="checkbox"/> laufende Nase, <input type="checkbox"/> gerötetes Auge, <input type="checkbox"/> hängendes Augenlid, <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille, <input type="checkbox"/> Schwitzen im Gesicht			

Autonome Symptome **ohne** Kopfschmerzen Ja Nein; Keine Cluster-Attacke: Ja

Medikamenteneinnahmeplan	Medikation	morgens	eingegenommen	mittags	eingegenommen	abends	eingegenommen
	Anzahl der einzunehmenden Tabletten	Studienmedikament	4		0		0
Verapamil		1		2		2	
Pantoprazol		0		0		1	
Kalium-Brause		1		0		0	

