

Uge 2	Dato:	Man.... /	Tir /	Ons /	Tor /	Fre /	Lør /	Søn /
Har der været anfald af smerter i dette døgn?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvis ja: Anfør hvor mange anfald per døgn.								
Hvis ja: Anfør anfaldsvarighed i sek. og min.								
Hvis ja: Angiv gennemsnitlig smertestyrke. Brug overstående skala fra 0–10.								
Har der været konstante smerter?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvis Ja: Angiv smertestyrke. Brug overstående skala fra 0–10.								
Hvis Ja: Angiv smerte varighed.								
Tager du medicin for dine ansigtsmerter? Hvis Ja: Anfør hvilke. Hvis nej: Sæt et +. Hvis Ja: Anfør eventuelle bivirkninger. Brug overstående skala fra 0–3.								

Uge 3	Dato:	Man.... /	Tir /	Ons /	Tor /	Fre /	Lør /	Søn /
Har der været anfald af smerter i dette døgn?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvis ja: Anfør hvor mange anfald per døgn.								
Hvis ja: Anfør anfaldsvarighed i sek. og min.								
Hvis ja: Angiv gennemsnitlig smertestyrke. Brug overstående skala fra 0–10.								
Har der været konstante smerter?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvis Ja: Angiv smertestyrke. Brug overstående skala fra 0–10.								
Hvis Ja: Angiv smerte varighed.								
Tager du medicin for dine ansigtsmerter? Hvis Ja: Anfør hvilke. Hvis nej: Sæt et +.								
Hvis Ja: Anfør eventuelle bivirkninger. Brug overstående skala fra 0–3.								

Uge 4	Dato:	Man.... /	Tir /	Ons /	Tor /	Fre /	Lør /	Søn /
Har der været anfald af smerter i dette døgn?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvis ja: Anfør hvor mange anfald per døgn.								
Hvis ja: Anfør anfaldsvarighed i sek. og min.								
Hvis ja: Angiv gennemsnitlig smertestyrke. Brug overstående skala fra 0–10.								
Har der været konstante smerter?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvis Ja: Angiv smertestyrke. Brug overstående skala fra 0–10.								
Hvis Ja: Angiv smerte varighed.								
Tager du medicin for dine ansigtsmerter? Hvis Ja: Anfør hvilke. Hvis nej: Sæt et +.								
Hvis Ja: Anfør eventuelle bivirkninger. Brug overstående skala fra 0–3.								