

Fragebogen

Kopfschmerz-Fragebogen

für Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen möglichst guten Überblick zu Ihrem Kopfschmerzproblem zu bekommen,
möchten wir Sie bitten, uns diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen.

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten? _____

Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten 3 Mon.) haben Sie Kopfschmerzen? _____

Sind Sie zwischen den Kopfschmerzattacken komplett kopfschmerzfrei? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Ihre Kopfschmerzen in letzter Zeit häufiger geworden? ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen üblicherweise an? Minuten _____ Stunden _____ Tage _____

Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0–10?

0 Kästchen = kein Schmerz ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 10 Kästchen = stärkster vorstellbarer Schmerz

Bitte beschreiben Sie den Kopfschmerz:

☐ drückend, dumpf bis ziehend ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ lichtscheu ☐ lärmscheu

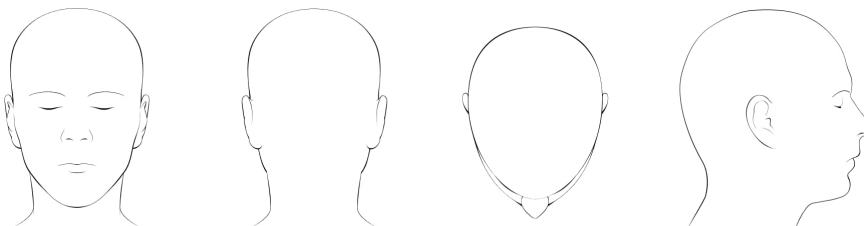
☐ einseitiger Kopfschmerz ☐ beidseitiger Kopfschmerz ☐ pulsierend oder pochend

☐ erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit ☐ Verstärkung bei körperlicher Tätigkeit

☐ Reduzierung der Leistungsfähigkeit: _____ Std. pro Tag ☐ Sehstörungen

☐ oder (kurz in eigenen Worten): _____

Bitte zeichnen Sie ein, wo die Schmerzen überwiegend auftreten:



Auslöser der Kopfschmerzen:

☐ Menstruation ☐ Stress ☐ Wochenende/Urlaub

☐ Alkohol ☐ Entspannung nach Stress ☐ bestimmte Kopfbewegungen

☐ andere, nämlich: _____

Was vermuten Sie als Ursache?

Wurde bei Ihnen eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wann?

☐ Computertomographie (CT)

Ergebnis:

☐ Unauffällig

☐ Auffällig

☐ Kernspintomographie (MRT)

☐ Unauffällig

☐ Auffällig

Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie der Kopfschmerzen? (Bitte versuchen Sie diese Frage so genau wie möglich zu beantworten!)

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel oder Triptane ein?

☐ weniger als 5

☐ 6-10

☐ 10-15

☐ mehr als 15

Haben Sie in der Vergangenheit andere Medikamente zur Akuttherapie (anderer Erkrankungen) eingenommen?

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

Nehmen oder haben Sie Medikamente zur Kopfschmerzvorbeugung eingenommen?

(z. B. Betablocker/Metoprolol; Topiramat; Flunarizin; Amitriptylin; Venlafaxin; Cymbalta etc.)

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

Haben Sie andere Behandlungen wegen der Kopfschmerzen erhalten?

(z. B. Akupunktur; Krankengymnastik; Botulinumtoxin)

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Machen Ihnen die Kopfschmerzen Angst?/Sorge?

☐ Ja

☐ Nein

Bei welchen Spezialisten sind Sie schon wegen Ihrer Kopfschmerzen gewesen?

Wann?

Wann?

Wann?

Bemerkungen:

Datum

Unterschrift des Patienten