

KOPFSCHMERZFRAGEBOGEN

Name: _____

Pat. Nr.: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Geburtstag: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1. Leiden sie unter:

Dauerkopfschmerzen _____ ja; seit wann:

Anfallsweises Auftreten von Kopfschmerzen,
dazwischen keine Kopfschmerzen _____ ja; seit wann:

2. Wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 1x/Monat | <input type="checkbox"/> mehrmals täglich, dazwischen Ruhe |
| <input type="checkbox"/> an bis zu 3 Tagen/Monat | <input type="checkbox"/> meistens nachts |
| <input type="checkbox"/> an bis zu 6 Tagen/Monat | <input type="checkbox"/> es gibt Monate ohne Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> an bis zu 10 Tagen/Monat | <input type="checkbox"/> Dauerkopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> an bis zu 15 Tagen/Monat | |
| <input type="checkbox"/> mehr als 15 Tage/Monat | |

3. Haben die Kopfschmerzen folgende Eigenschaften?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Einseitiges Auftreten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drückender, ziehender oder dumpfer Schmerz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleitet von Lärm- und Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleitet von Geruchsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleitet von starker Übelkeit oder Erbrechen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dauer ohne Behandlung 4-72 Stunden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

4. Verstärken sich die Kopfschmerzen, wenn Sie sich körperlich belasten?
(z.B. beim Treppen steigen, Bücken)

___ ja ___ nein

5. Gibt es andere Symptome, die vor oder während der Kopfschmerzen auftreten?

Sehstörungen	___ ja	___ nein
Lähmungserscheinungen	___ ja	___ nein
Gefühlsstörungen oder Kribbeln	___ ja	___ nein
Tränende Augen, Rötung der Augen	___ ja	___ nein
Nasenträufeln	___ ja	___ nein
Andere Symptome	_____	

6. Wie wurden diese Kopfschmerzen bisher behandelt?

7. Wurden schon alternative Heilmethoden, z.B. Akupunktur oder Homöopathie o.a. wegen der Kopfschmerzen angewendet?

Mit Erfolg ? ___ ja ___ nein

8. Wurden schon andere Medikamente wegen der Kopfschmerzen eingesetzt? z.B. als Dauertherapie.

Mit Erfolg ? ___ ja ___ nein

9. Waren Sie schon mal, oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?

___ ja ___ nein

10. Hat noch jemand in ihrer Familie solche Kopfschmerzen?

Wer ? _____

11. Gibt es Zeiten, an denen Sie keine Kopfschmerzen haben? (z.B. Urlaub...)

12. Was können Sie als mögliche Auslöser ihrer Kopfschmerzen angeben:

Stress	___ ja___ nein;	haben Sie viel Stress?	___ ja___ nein
Ärger, Streit	___ ja___ nein;	wo gibt es Ärger?	_____
Zeitdruck	___ ja___ nein		
Wochenende	___ ja___ nein	Es gibt keine bestimmte Auslöser	___
Wetter	___ ja___ nein	Es gibt andere Auslöser:	
Urlaubsbeginn	___ ja___ nein	welche ?	_____
Alkohol	___ ja___ nein		_____
Nikotin	___ ja___ nein		
Lebensmitteln	___ ja___ nein,		
welche ?	_____		

Bitte unterstreichen Sie den für Sie wichtigsten Auslöser für Kopfschmerzen!

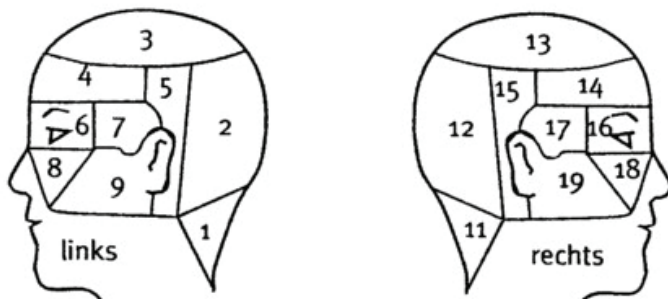
13. Für Frauen:

Kommen die Kopfschmerzen gehäuft vor, oder während der Monatsblutung vor? ___ ja ___ nein

Nehmen Sie die Pille ein? ___ ja ___ nein; welche ? _____

Hatten sie während einer Schwangerschaft weniger, oder mehr Kopfschmerzen ? ___weniger ___mehr ___gleich viel

14. Bitte zeichnen Sie den typischen Ort ihrer Kopfschmerzen ein.



Vielen Dank!

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Kopfschmerzfragebogen mit zur Sprechstunde.