



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die für Sie zutreffenden Fragen (gestrichelt markiert) oder kreuzen Sie die entsprechenden Felder an!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: ..... , Geburtsdatum: .....

Fragen zu ihren Kopfschmerzen

Ist eine Kopfschmerzerkrankung vorbekannt? Ja  Nein

Hatten Sie in der Kindheit oder Jugend schon Kopfschmerzen? Ja  Nein

Wie viele Tage haben Sie Kopfscherzen im Monat? .....

Seit wie vielen Jahren haben Sie Kopfschmerzen? ..... Jahre

Wie lange dauern die Kopfschmerzen an (in Stunden)? ..... Stunden

Wie stark sind die Kopfschmerzen? leicht  mittelstark  stark  sehr stark

Wo sind die Kopfschmerzen lokalisiert? einseitig  beidseitig  Nacken  am Kopf vorne  hinten  seitlich

Welche Art von Kopfschmerz haben Sie? drückend  pochend  brennend  pulsierend  stechend

Was macht die Kopfschmerzen besser? Ruhe  Entspannung  Spazierengehen  Herumlaufen

Welche Symptome begleiten die Kopfschmerzen? Naselaufen  Übelkeit  Lichtscheu  Augentränen  Lärmempfindlichkeit  Augenrötung

Wenn ja, wie lange dauern diese an? ..... Stunden

Welche Symptome zeigen sich vor oder nach den Kopfschmerzen? Sehstörungen  Gefühlsstörungen  Sprechstörungen  Geruchsstörungen

Wenn ja, wie lange dauern diese an? ..... Stunden

Helfen Schmerzmittel gegen den Kopfschmerz? Wenn ja, welche?

.....

Wie häufig nehmen Sie Kopfschmerztabletten ein? täglich  1 – 2 x die Woche   
3 – 5 x die Woche  weniger

Nehmen Sie Triptane ein? Wie häufig im Monat? .....

Haben Sie schon eine langfristige Kopfschmerztherapie gehabt? Ja  Nein

Wenn ja mit welchen Medikamenten? .....

**Familie und Soziales:**

Sind vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja  Nein

Sind Kopfschmerzerkrankung in Ihrer Familie bekannt? Ja  Nein

***Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!***