

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die für Sie zutreffenden Fragen oder kreuzen Sie die entsprechenden Felder an!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: , **Geburtsdatum:**

Fragen zu ihren Kopfschmerzen

Ist eine Kopfschmerzzerkrankung vorbekannt? Ja ☐ Nein ☐

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

Wie viele Tage haben Sie Kopfschmerzen 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 ☐ brennend ☐ stechend ☐
pochend ☐ pulsierend ☐

Was macht die Kopfschmerzen besser? Ruhe ☐
Entspannung ☐
Spaziergehen ☐
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 vererbte Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Sind Kopfschmerzkrankung in Ihrer Familie bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!