

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient,

um Ihre Kopfschmerzen optimal behandeln und auf Ihre Bedürfnisse eingehen zu können, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie alle Felder aus und versuchen Sie, die Antworten, auszuwählen, die am ehesten auf Sie zutreffen.

Sollten Sie Rückfragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ausgefüllt am: _____ Krankenkasse: _____

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Hausarzt Schmerztherapeut Krankenkasse Internet Selbsthilfegruppe (z. B. MigräneLiga)

Sonstige: _____

Wer ist ihr Hausarzt?

Bei welchen Fachärzten waren/sind Sie wegen der Kopfschmerzen in Behandlung?

Fragen zur genauen Beschreibung Ihrer Kopfschmerzen

In welchem Alter traten bei Ihnen erstmals Kopfschmerzen auf?

Als ich _____ Jahre alt war.

Leiden in Ihrer Familie noch weitere Personen an wiederkehrenden Kopfschmerzen?

Nein Ja, mein(e) _____ leidet an:

Migräne Spannungskopfschmerz Clusterkopfschmerz Trigeminusneuralgie

An wie vielen Tagen hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Kopfschmerzen?

(Summe aller Kopfschmerztage, addieren Sie starke und leichte Tage)

Anzahl Tage _____

Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen durchschnittlich in den letzten 4 Wochen?

Bitte geben Sie eine Zahl von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) an: _____

Wie stark waren Ihre Schmerzen maximal in den letzten 4 Wochen?

Bitte geben Sie eine Zahl von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) an: _____

Wie schnell erreichen die Kopfschmerzen in der Regel das Schmerzmaximum?

In _____ Minuten

Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke (ohne Schmerzmittel)?

_____ Minuten _____ Stunden _____ Tage

Zu welchen Uhrzeiten treten die Kopfschmerzen in der Regel auf?

aus dem Schlaf heraus frühmorgens vormittags nachmittags abends

Verschieben sich einzelne Attacken in den frühen Morgen? Nein Ja

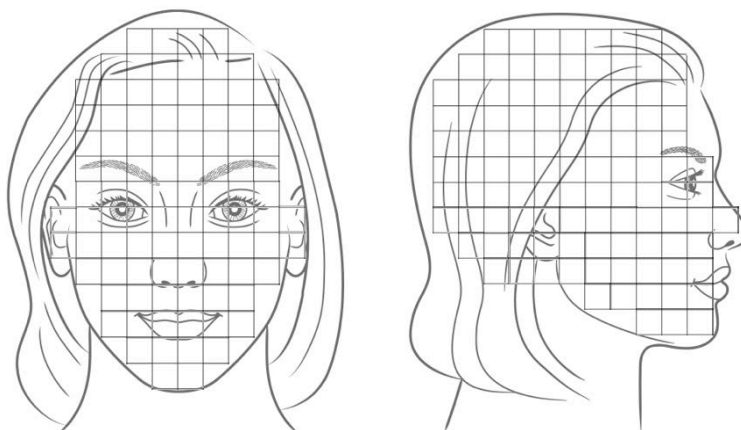
Zeigen die Kopfschmerzattacken eine Regelmäßigkeit im Auftreten (zum Beispiel immer um die gleiche Uhrzeit)?

zu sehr unterschiedlichen Zeiten. immer zur gleichen Uhrzeit, gegen _____ Uhr

Wie häufig treten die Kopfschmerzattacken auf? _____ pro Tag _____ pro Monat

Wo treten die Kopfschmerzen auf?

(Bitte schraffieren)



Welche Begleiterscheinungen treten bei Ihren Kopfschmerzen auf?

- Übelkeit leicht oder stark? Lichtempfindlichkeit Laufende Nase
- Erbrechen leicht oder stark? Geräuschempfindlichkeit Tränendes Auge
- Zunahme bei körperlicher Anstrengung Geruchsempfindlichkeit Unruhe/Bewegungsdrang
- Ruhebedürfnis Andere: _____

Haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen einen Haus- oder Facharzt aufgesucht?

- Nein
- Hausarzt HNO Augenheilkunde
- Neurologie Frauenarzt Neurochirurgie
- Zahnarzt Psychiater Orthopädie
- Andere: _____

Waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen jemals in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut)?

- Nein Ja, Jahr: _____ Dauer: _____

Wurden Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen stationär in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik behandelt?

- Nein Ja, wann (im Jahr, ggf. mehrmals): _____

Wurden wegen Ihrer Kopfschmerzen weitere (technische) Untersuchungen durchgeführt?

- Nein
- Computertomographie des Kopfes (CT) Röntgen der Nasennebenhöhlen
- Kernspintomographie des Kopfes (MRT) Röntgen der Halswirbelsäule
- Computertomographie des Halses (CT) Langzeitblutdruck oder Langzeit-EKG
- Kernspintomographie des Halses (MRT) Ultraschall der Halsgefäße (Doppler)
- Nervenwasseruntersuchung (Lumbalpunktion) Andere: _____

Haben Sie Auslöser/Verstärker von Kopfschmerzattacken bei sich festgestellt?

- Nein
- Stress Stressabfall Schlafmangel
- Unregelmäßiger Tagesablauf Nachtschicht/Schichtdienst Menstruation (Regelblutung)
- Alkohol Sport, körperliche Anstrengung Wetter Gerüche
- Nahrungsmittel, welche: _____
- Andere: _____

Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen

Wurde zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten Sauerstoff verordnet?

- Nein Ja

Nehmen Sie zur Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen Medikamente ein?

- Nein

Medikamenten- gruppe	Zum Beispiel (oral/nasal/subkutan)	Originalprodukt	Einnahmetage in den letzten 4 Wochen:
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol	Novalgin®	
<input type="checkbox"/> Mischanalgetika	Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Coffein	Thomapyrin®	
<input type="checkbox"/> Triptane:			
<input type="checkbox"/> Sumatriptan	Tabl. / Nasenspray/ subkutan	Imigran Tabl.® Imigran Nasal® Imigran-Injekt® MigraPEN® Tempil	
<input type="checkbox"/> Rizatriptan	Tabl. / Schmelztabl.	Maxalt®	
<input type="checkbox"/> Zolmitriptan	Tabl. / Schmelztabl. / Nasenspray	AscoTop®	
<input type="checkbox"/> Eletriptan	Tabl.	Relpax®	
<input type="checkbox"/> Almotriptan	Tabl.	Dolortriptan®	
<input type="checkbox"/> Naratriptan	Tabl.	Formigran® Naramig®	
<input type="checkbox"/> Frovatriptan	Tabl.	Allegro®	
<input type="checkbox"/> Opiate	Tramadol, Tilidin, Naloxon	Tramal®, Valoron N®	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Gibt es Kopfschmerzattacken, bei denen diese Akutmedikation nicht mehr hilft?

- Nein Ja, in welcher Situation? _____

Wenn Sie unter starker Übelkeit und Erbrechen leiden, erbrechen Sie zum Teil Ihre Tabletten?

- Nein Ja

Nehmen Sie zusätzlich Medikamente zur Bekämpfung der Übelkeit in der Attacke ein?

- Nein

- Domperidon (Motilium®) Metoclopramid (Paspertin®) Dimenhydrinat (Vomex®)

Medikamente zur Prophylaxe

Nehmen Sie aktuell täglich Medikamente ein?

Nein

Name	Dosis	Einnahme seit (Monat/Jahr)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Haben Sie jemals im Zusammenhang mit Ihrer Kopfschmerzbehandlung vorbeugend folgende Medikamente über mindestens 4-8 Wochen eingenommen?

Medikamentengruppe	Zum Beispiel	Dosis	Einnahme von - bis	Wirkung/ Verträglichkeit?
<input type="checkbox"/> CGRP-Antikörper	Erenumab (Aimovig®) Galcanezumab (Emgality®) Fremanezumab (Ajovy®)			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Betablocker	Metoprolol, Bisoprolol, Propranolol			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Topiramamat	Topamax®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Valproinsäure	Valproat®, Ergenyl®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Carbamazepin	Tegretal®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Pregabalin	Lyrica®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonist	Flunarizin (Natil N®) Verapamil (Isoptin®)			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Amitriptylin	Saroten®, Equilibrin®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Opipramol	Insidon®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Duloxetin	Cymbalta®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Venlafaxin	Trevilor®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Citalopram	Cipramil®			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen

Medikamentengruppe	Zum Beispiel	Dosis	Einnahme Von - Bis	Wirkung/Verträglichkeit?
<input type="checkbox"/> Candesartan	Atacand (Protect) [®]			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Botulinumtoxin	Botox [®] Wie oft?			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Lithium	Hypnorex [®] , Quilonum [®]			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Magnesium				<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Pestwurz	Petadolex [®]			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung	Orthoexpert, Migra3, Migravent			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Andere	Name:			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Andere	Name:			<input type="radio"/> keine Wirkung <input type="radio"/> wurde nicht vertragen

Andere Maßnahmen zur Prophylaxe

Machen Sie regelmäßig Ausdauersport (2-3mal pro Woche für mindestens 30 Minuten)?

Nein Ja, welche Sportart: _____

Machen Sie regelmäßig Entspannungsübungen (2-3mal pro Woche für mindestens 30 Minuten), z.B. Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelentspannung?

Nein Ja, welches Verfahren: _____

Haben Sie zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen weitere Therapien bzw. Heilmittel eingesetzt?

Nein

Massage

Osteopathie

Physiotherapie

Akupunktur

Manuelle Therapie

Andere Behandlung: _____

Begleiterkrankungen, Schlafstörungen

Haben Sie Begleiterkrankungen?

Nein

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, Rheuma | <input type="checkbox"/> Angststörung/Panikattacken | <input type="checkbox"/> Muskelschmerz |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung | <input type="checkbox"/> chronische Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Magengeschwür, Magenblutung | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

Leiden Sie an Schlafstörungen?

Nein

- Einschlafstörungen Durchschlafstörungen nächtliches Schnarchen, Atempausen

Umgang mit Genussmitteln

Rauchen Sie?

Nein gelegentlich regelmäßig seit _____ Jahren _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

Nein gelegentlich regelmäßig seit _____ Jahren

Alkoholmenge pro Tag/Art des Alkohols (z.B. Bier, Wein, etc.) _____

Wieviele Tassen Kaffee/Energy Drinks trinken Sie durchschnittlich pro Tag (2 Tassen entsprechen einem Becher)?

Anzahl Tassen: _____

Fragen zu Ihrer Person

Wie groß sind Sie? _____ Größe [cm], Wie schwer sind Sie? _____ Gewicht [kg]

Bitte geben Sie Ihren Familienstand an! (wenn Sie darauf antworten möchten)

Ledig verheiratet in einer Partnerschaft geschieden verwitwet

Stehen Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis? Mit welcher Arbeitszeit? (wenn Sie darauf antworten möchten)

angestellt selbstständig berentet arbeitssuchend Ausbildung Studium Schule
 Vollzeit erwerbstätig Teilzeit erwerbstätig mit _____ Wochenstunden

Haben Sie besondere familiäre oder berufliche Belastungen?

Nein Ja (Erläutern Sie dies gern im persönlichen Gespräch mit Ihrem Arzt.)

Arbeiten Sie in einem Schichtarbeitsmodell mit Nachtarbeit?

Nein Ja, mit Nachtschichten Früh-/Spät-Wechselschichten

Sind Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer Kopfschmerzen nicht zur Arbeit/Schule/Uni gegangen (haben sich Urlaub genommen/sich vom Arzt krankschreiben lassen)?

Nein Ja, an _____ Tagen

Bestand eine Erwerbsunfähigkeit (krankheitsbedingte Berentung) aufgrund Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten?

Nein ja, voll ja, teilweise

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein ja, Grad der Behinderung (GdB): _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie bei Rückfragen kontaktieren?

Ja, per Telefon: _____ oder eMail: _____