



**Welche Medikamente haben Sie bisher zur Behandlung der Migräne angewendet?**

**Bitte machen Sie Angaben möglichst über die letzten 10 Jahre!**

**A) Akuttherapie**

Haben Sie jemals **Triptane** als **Akuttherapie** zur Behandlung von Migräne Attacken eingesetzt? Wenn ja,

- Welches der Triptane (s. Tabelle unten) haben Sie angewendet?
- War die Wirkung ausreichend?
- Haben Sie das Medikament vertragen?
- Gab es Kontraindikationen, die gegen eine Anwendung sprachen?

Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle nach bestem Wissen aus.

<b>Substanz</b>	<b>Präparat</b>	<b>Start</b> <i>Monat/Jahr</i>	<b>Ende</b> <i>Jahr oder fortlaufend</i>	<b>Ausreichende Wirkung</b> <i>ja/nein</i>	<b>Verträglichkeit</b> <i>ja/nein</i>
Sumatriptan	Imigran Tabl./ Imigran nasal Imigran-Inject MigraPEN® TEMPIL®				
Rizatriptan	Maxalt®				
Zolmitriptan	AscoTop®				
Eletriptan	Relpax®				
Almotriptan	Dolortriptan®				
Naratriptan	Formigran®				
Frovatriptan	Allegro®				

**B) Prophylaxe / vorbeugende Medikamente**

Haben Sie jemals **Medikamente** als **Dauertherapie** zur vorbeugenden Behandlung (Prophylaxe) von Migräne Attacken eingesetzt?

- Wenn ja, welche? (s. Tabelle unten)
- War die Wirkung ausreichend?
- Haben Sie das Medikament vertragen?
- Bestand eine Kontraindikation?

*Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle nach bestem Wissen aus.*

<b>Substanz</b>	<b>Präparat</b>	<b>Start</b> <i>Monat/Jahr</i>	<b>Ende</b> <i>Jahr</i>	<b>Ausreichend e Wirkung</b> <i>ja/nein</i>	<b>Verträglichkeit</b> <i>ja/nein</i>	<b>Kontra- indikation</b> <i>ja/nein</i>
Propranolol						
Metoprolol						
Topiramat	Topamax®					
Amitryptillin	Saroten®, Equilibrin®					
Flunarizin	Natil N®					
Candesartan	Atacand®					
Valproinsäure	Valproat®, Ergenyl®					
Botulinumtoxin	Botox					
Rimegepant	Vydura®					
Atogepant	Aquipta®					
<b>CGRP-Antikörper</b>						
Erenumab	Aiomovig®					
Galcanezumab	Emgality®					
Fremanezumab	Ajovy®					
Eptinezumab	Vyepti®					

**C) Haben Sie weitere Begleiterkrankungen? Wenn ja, welche? Nehmen Sie zur Behandlung dieser Erkrankung Medikamente ein?**

Erkrankung	Medikament	Dosisstärke	Dosierung	Start <i>Monat/Jahr</i>	Ende <i>Monat/Jahr</i>

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende eMail-Adresse zurück:

Mit der Übersendung des Fragebogens erteile ich mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme durch das Studienteam.

**[studien@kopfschmerz-frankfurt.de](mailto:studien@kopfschmerz-frankfurt.de)**

Wir geben Ihnen zeitnah eine Rückmeldung, ob Sie für eine unserer Studien als Migränepatient in Frage kommen.

Ihr Studienteam des Kopfschmerzzentrums Frankfurt