

Fragebogen Kopfschmerzen

Name:

Geburtsdatum:

Wie alt waren Sie bei ersten Symptomen?

Wann haben Ihre jetzige Kopfschmerzen begonnen?

Wann hatten Sie das letzte Mal Kopfschmerzen?

Hatten Sie eine Kopfverletzung? ja nein

Wenn ja, wann und welche? :

Wie fangen die Kopfschmerzen an? : langsam? plötzlich?

Haben Sie andauernd Kopfschmerzen? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Können Sie Ihre Kopfschmerzen beschreiben?

Haben Sie eine Aura (Vorboten)? ja nein

Haben Sie Anzeichen (Vorboten), die den kommenden Anfall ankündigen? ja

nein

Welche?

Wie schmerzhaft sind Ihre Kopfschmerzen?

(0 = keine Schmerzen, und 10 = stärkste Schmerzen)

Wie oft pro Monat haben Sie Kopfschmerzen?

Wie lange dauern sie an?

Wann bekommen Sie Kopfschmerzen?

- morgens
- abends
- im Laufe des Tages
- jeden Tag
- Frühling
- Sommer
- Herbst
- Winter

Ist in der Familie Migräne bekannt? ja nein

Wie würden Sie Ihre schlimmsten Kopfschmerzen beschreiben (kreisen Sie eine oder mehrere Möglichkeiten ein)?

- stechend
- pulsierend
- klopfend
- drückend
- elektrisierend
- als "enges Band"

Wenn Sie Kopfschmerzen haben (oder danach), sind Ihre Kopfhaut oder das Gesicht berührungsempfindlich? ja nein

Was verbessert die Kopfschmerzen?

- liegen
- stehen
- bewegen
- ausruhen

Was löst Ihre Kopfschmerzen aus? :

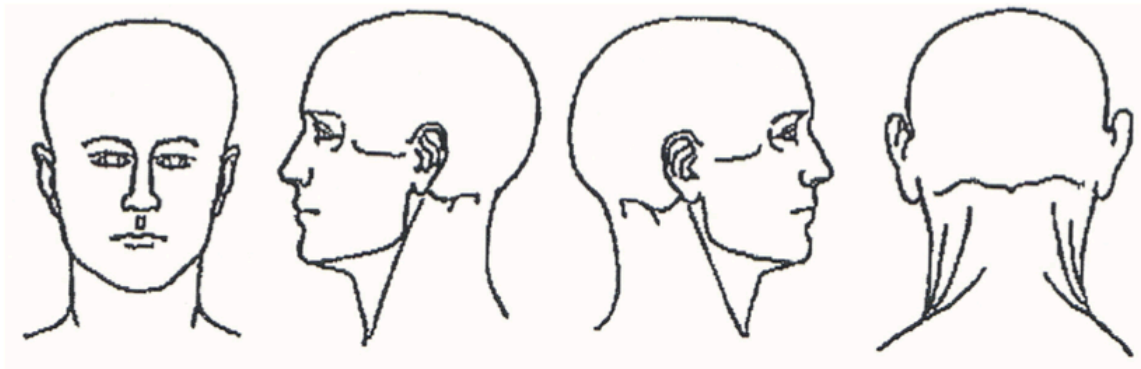
- Periode
- Sport
- Stress
- Entspannung
- Wetterveränderungen
- Alkohol
- Starkes Licht

- Geruch
- Rauch
- Lärm
- Zu wenig Schlaf
- Zu viel Schlaf
- Hunger
- Bestimmte Nahrungsmittel

Kreisen Sie Symptome ein, die zusammen mit den Kopfschmerzen auftreten:

- Nackenschmerzen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Lichtempfindlichkeit
- Schwindel
- Lärmempfindlichkeit
- Taubheit
- Schwäche
- Fiber
- Verwirrtheit
- Sprachprobleme
- Verstopfte Nase
- Verschlechterung der Schmerzen bei Bewegung
- Sehstörungen
- Unruhe
- Agitation
- Verstärkter Tränenfluss
- Schnupfen
- Tinnitus
- Andere:

Zeichnen Sie mit X wo Sie Kopfschmerzen haben? :



Waren Sie zuvor in der Behandlung wegen den Kopfschmerzen? ja
nein

Welche:

Hatten Sie eine Kopf Bildgebung (MRT, CT) oder andere Untersuchungen?
 ja nein

Welche:

Nehmen Sie Medikamente gegen die Kopfschmerzen? ja nein

Welche?

Helfen sie?

Schreiben Sie bitte alle Medikamente auf, die Sie nehmen:
(wie viel und wie oft)

Waren Sie sehr traurig in der letzten Zeit? ja nein

Hatten oder haben Sie eine Sucht?

- Zigaretten
- Drogen
- Medikamente
- Andere:

Hatten Sie folgende Probleme in den letzten 6 Monaten? :

- Veränderung in der Familie
- Veränderung in der Arbeit/Schule
- Neue Erkrankung diagnostiziert
- Erkältung
- Emotionales Trauma
- Veränderung rauchen/trinken/essen
- Krankenhausaufenthalt/Operationen
- Müdigkeit
- Blaue Flecken
- Gewichtsveränderungen
- Allergische Reaktionen
- Ausschlag
- Fieber
- Hoher Blutdruck
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Erkrankungen der Atemwege
- Brustschmerzen
- Schwellung
- Chronischer Husten
- Blutungen
- Durchfall
- Verstopfung
- Sodbrennen
- Bauchschmerzen
- Übelkeit/ Erbrechen
- Gelenkschmerzen/Schwellung/Rötung
- Muskelschmerzen
- Menopause-Symptome
- Unregelmäßige Periode
- Blasenstörungen
- Kalte Hände/Füße
- Beinkrämpfe
- Depressionen
- Angststörungen/Panikanfälle
- Veränderung von Haut/Haar
- Starker Durst
- Schlaflosigkeit
- Unruhige Beine/Kribbeln
- Schnarchen
- Zähneknirschen
- Epilepsie

- Kopfschmerzen
- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Hörstörungen
- Sehstörungen
- Schwindel
- Zahnerkrankungen
- Nasennebenhöhlen-Erkrankungen
- Heiserkeit
- Andere Probleme:

Haben Sie chronische Erkrankungen? :

Operationen?

Allergien:

Wie oft am Tag konsumieren Sie? :

- Alkohol:
- Kaffee:
- Tee:
- Cola/Soda:
- Wasser:
- Zigaretten:

Wie viele Stunden schlafen sie pro Nacht?

Bewegung und Sport - wie oft/wie lange pro Woche? :

Wie viel Stress haben Sie (0 = kein Stress, 10 = sehr viel Stress)?

Was denken Sie, ist die Ursache für Ihre Kopfschmerzen?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!