

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Überprüfung Ihrer Kopfschmerzbehandlung braucht Ihr Arzt einige aktuelle Informationen. Bitte
füllen Sie die folgenden Seiten aus.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Arzttermin mit:

- diesen Fragebogen
- Ihren Kopfschmerzkalender (Ausdruck aus der DMKG-App oder Vordruck auf der letzten Seite, möglichst über 3 Monate)
- neue Befunde der Bildgebung und sonstiger Untersuchungen in Zusammenhang mit Ihren Kopfschmerzen

Datum:

Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum: Tag/ Monat/ Jahr Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich männlich divers

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

Kopfschmerzdaten

Bitte beantworten Sie die nächsten Fragen für den Durchschnitt der letzten 3 Monate:

Tage mit Kopfschmerzen (leichte mitgezählt): Tage pro Monat

Tage mit starken Kopfschmerzen: Tage pro Monat

Tage mit Einnahme von Schmerzmitteln oder Triptanen: Tage pro Monat

Ausfall bei Arbeit oder Schule (wegen Kopfschmerzen): Tage pro Monat

Ausfall in Haushalt und Freizeit (wegen Kopfschmerzen): Tage pro Monat

Durchschnittliche Kopfschmerzstärke: 0 - 10
0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie oft ist Folgendes in den letzten 3 Monaten vorgekommen:

Arztbesuch wegen Kopfschmerzen: Mal in den letzten 3 Monaten
(Hausarzt oder Facharzt, Abholung eines Rezepts zählt auch)

Besuch in Notaufnahme wegen Kopfschmerzen: Mal in den letzten 3 Monaten

Patientenname:

Wurde eine neue Bildgebung vom Kopf durchgeführt?

 Ja

 Nein

Falls ja, welche?

- | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------|----|--------------------------|-------|----------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|
| 1. MRT | <input type="checkbox"/> | CT | <input type="checkbox"/> | Wann? | <input type="text"/> | Ergebnis: | <input type="checkbox"/> | unauffällig | <input type="checkbox"/> | auffällig |
| 2. MRT | <input type="checkbox"/> | CT | <input type="checkbox"/> | Wann? | <input type="text"/> | Ergebnis: | <input type="checkbox"/> | unauffällig | <input type="checkbox"/> | auffällig |
| 3. MRT | <input type="checkbox"/> | CT | <input type="checkbox"/> | Wann? | <input type="text"/> | Ergebnis: | <input type="checkbox"/> | unauffällig | <input type="checkbox"/> | auffällig |

Medikamente

Welche Kopfschmerzmedikamente nehmen Sie aktuell ein?

Attackenmedikation (Akuttherapie) und vorbeugende Medikation (Prophylaxe)

Name + Dosis	Beginn (Monat/ Jahr)	Ich nehme das Medikament <u>regelmäßig</u>			Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	Wirkung gut / mittel / schlecht
		Täglich: Einnahmeschema	1x/ Monat	Alle 3 Monate	An wie vielen Tagen pro Monat?	

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

Name + Dosis	Einnahmeschema	Grund

Patientenname: _____

Sonstige Kopfschmerzbehandlung

Verwenden Sie aktuell **nichtmedikamentöse Verfahren oder Neurostimulationsverfahren** zur Behandlung ihrer Kopfschmerzen?

Verfahren	Welches Verfahren?	Wie oft / Woche?
Regelmäßiger Ausdauersport		
Entspannungsverfahren		
Physiotherapie		
Massage		
Akupunktur		
Psychotherapie		
Biofeedback		
Neurostimulation		
Osteopathie		
Heilpraktiker		
anderes		
anderes		

Haben Sie seit der letzten Vorstellung wegen Ihrer Kopfschmerzen eine **stationäre, ambulante oder tagesklinische Schmerztherapie** gemacht? Falls ja, füllen Sie bitte aus:

Name der Einrichtung	Beginn der Behandlung	Dauer der Behandlung
	Monat / Jahr	Tage

Begleiterkrankungen

Sind bei Ihnen seit der letzten Vorstellung neue Erkrankungen aufgetreten? Falls ja, welche?

Patientenname:

Sozialanamnese

Ihre Berufsbezeichnung:

Sind Sie aktuell berufstätig?

Ja, in Vollzeit

Ja, in Teilzeit Stunden/Woche

Nein

Trifft einer oder mehrere der folgenden Punkte auf Sie zu? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Durchgehend arbeitsunfähig geschrieben seit > 6 Wochen

Arbeitslos, seit:

Erwerbsunfähigkeitsrente, seit:

Teilrente

Vollrente

befristet

unbefristet

Grad der Behinderung (GdB) anerkannt

Grad der Behinderung (GdB) gesamt:

seit:

Grad der Behinderung (GdB) wegen Kopfschmerzerkrankung:

seit:

Fragebögen – PGIC

In den letzten 3 Monaten hat sich mein Zustand insgesamt:

sehr deutlich gebessert

deutlich gebessert

leicht gebessert

weder gebessert noch verschlechtert

leicht verschlechtert

deutlich verschlechtert

sehr deutlich verschlechtert

Fragebögen – DASS

Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
- 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
- 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
- 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1.	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2.	Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3.	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4.	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5.	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6.	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7.	Ich zitterte (z. B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8.	Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9.	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10.	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11.	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12.	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13.	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14.	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15.	Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16.	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17.	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18.	Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19.	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20.	Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21.	Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

DASS© Nilges, Korb, Essau 2012

Summen:	D	
	A	
	S	

D: auffällig ≥ 11 Punkte

A: auffällig ≥ 7 Punkte

S: auffällig ≥ 11 Punkte

Fragebögen – MIDAS

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten 3 Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Wenn Sie eine Tätigkeit in den vergangenen 3 Monaten nicht ausgeführt haben, tragen Sie eine Null ein.

Bitte beachten Sie, dass sich die Angaben auf **3 Monate** beziehen, **nicht auf 1 Monat**.

1. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht Tage zur Arbeit gegangen oder haben in der Schule gefehlt?
2. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? Tage
(Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu)
3. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten? Tage
4. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? Tage
(Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu)
5. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können? Tage

Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS): Stewart WF et al. Neurology 1999; 53:988

Summe:	<input type="text"/>
--------	----------------------

- 0-5 Punkte Grad I (wenig oder keine Beeinträchtigung)
- 6-10 Punkte Grad II (geringe Beeinträchtigung)
- 11-20 Punkte Grad III (mäßige Beeinträchtigung)
- >20 Punkte Grad IV (schwere Beeinträchtigung)

Fragebögen – Aktueller Gesundheitszustand und Lebensqualität

Wie gut war Ihre Gesundheit in den letzten 4 Wochen?

Bitte kreuzen Sie den Wert an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

1 = schlechteste Gesundheit

10 = beste Gesundheit

Wie gut war Ihre Lebensqualität (in Bezug auf Ihre Gesundheit) in den letzten 4 Wochen?

Bitte kreuzen Sie den Wert an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

1 = schlechteste Lebensqualität

10 = beste Lebensqualität

MIBS-4: BESTIMMUNG DER BELASTUNG ZWISCHEN DEN MIGRÄNE-ATTACKEN

Name	Monat	Jahr	Datum 04.09.2025
------	-------	------	----------------------------

Die Migraine Interictal Burden Scale (MIBS-4) bestimmt die Belastung durch Kopfschmerzen in der Zeit zwischen den Attacken, einschließlich Belastungen bei der Arbeit und in der Schule. Einschränkungen des Familien- und Soziallebens, Planungsschwierigkeiten und emotionale Schwierigkeiten¹.

In den letzten 4 Wochen, zwischen Kopfschmerz-Attacken oder zu Zeiten, in denen ich keine Kopfschmerzen habe:

	Weiß nicht	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Die meiste oder die ganze Zeit
1. Meine Kopfschmerzen wirken sich auf meine Arbeit oder meine Leistungen in der Schule auch dann aus, wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe. ▶	<input type="checkbox"/>					
2. Ich mache mir Sorgen um die Planung von sozialen Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten, weil ich dann möglicherweise Kopfschmerzen haben könnte. ▶	<input type="checkbox"/>					
3. Meine Kopfschmerzen wirken sich auf mein Leben auch dann aus, wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe. ▶	<input type="checkbox"/>					
4. Auch wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe, fühle ich mich wegen meiner Kopfschmerzen hilflos. ▶	<input type="checkbox"/>					
Gesamtzahl der Kreuze pro Spalte	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Anzahl der Kreuze multipliziert mit	X 0	X 0	X 1	X 2	X 3	X 3
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Gesamtsumme						

■ 0 = keine Belastung ■ 3-4 = mäßige Belastung
 ■ 1-2 = leichte Belastung ■ 5-12 = schwere Belastung

¹ Modifiziert nach: Buse CD et. al. Assessing All Aspects of Migraine: Migraine Attacks, Migaine-Related Functional Impairment, Common Comorbidities and Quality of Life. Mayo Clin Proc. 2009;84(5) 422-435

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

HIT-6™ Fragebogen zu Auswirkungen von Kopfschmerzen

Headache Impact Test

Dieser Fragebogen soll Ihnen dabei helfen, zu beschreiben und mitzuteilen, wie Sie sich fühlen und was Sie wegen Kopfschmerzen nicht tun können.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die Antworten an, die am besten auf Sie zutrifft:

	(6) Nie	(8) Selten	(10) Manchmal	(11) Sehr oft	(13) Immer
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft beeinträchtigen Sie Kopfschmerzen im Alltag bzgl. Haushalt/Arbeit/Schule oder bei Kontakten /Aktivitäten mit anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>				
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Kopfschmerzen Sie in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeiten eingeschränkt, sich auf die Arbeit/tägliche Aktivitäten zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				

Auswertung

Punktzahl:

Gesamtpunktzahl: _____