

**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

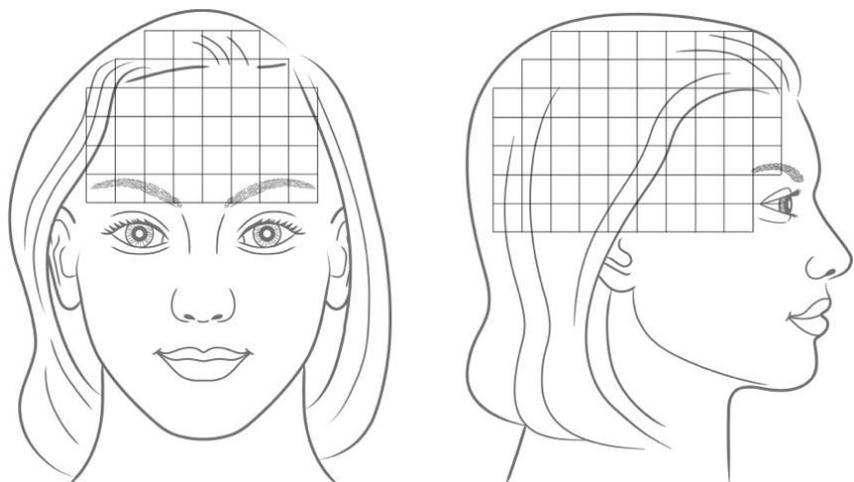
**Zeigen die Kopfschmerzattacken eine Regelmäßigkeit im Auftreten (zum Beispiel immer um die gleiche Uhrzeit)?**

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="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Betablocker	Metoprolol, Bisoprolol, Propranolol			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Topiramat	Topamax®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Valproinsäure	Valproat®, Ergenyl®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Carbamazepin	Tegretal®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Pregabalin	Lyrica®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonist	Flunarizin (Natil N®) Verapamil (Isoptin®)			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Amitriptylin	Saroten®, Equilibrin®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Opipramol	Insidon®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Duloxetin	Cymbalta®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Venlafaxin	Trevilor®			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen

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

Gelenkschmerzen, Rheuma

Angststörung/Panikattacken

Muskelschmerz

Allergien, Heuschnupfen, Asthma

Posttraumatische Belastungsstörung

chronische Bauchschmerzen

Bluthochdruck

Essstörung

Depression

Herzinfarkt/Koronare Herzerkrankung

Magengeschwür, Magenblutung

Tinnitus

Schlaganfall

chronische Bronchitis

Nierenerkrankung

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: \_\_\_\_\_