

Liebe/r Patient/in,

um die richtige Kopfschmerzdiagnose zu stellen, ist es wichtig zu wissen, wie sich Ihr Kopfschmerz anfühlt. Beantworten Sie daher in Ruhe die folgenden Fragen. Wenn Sie verschiedene Arten von Kopfschmerz haben, füllen Sie bitte für jede Kopfschmerzart einen eigenen Bogen aus.

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

1. Seit wann etwa haben Sie mit diesem Kopfschmerzen zu tun?

Haben sich Ihre Kopfschmerzen verschlechtert und wenn ja seit wann?

2. Wie treten ihre Kopfschmerzen auf?

- Tage mit Kopfschmerzen und Tage ganz ohne Kopfschmerzen
 Dauerkopfschmerzen

3. Wie lang hält eine unbehandelte Attacke üblicherweise an?

- Sekunden. Bis zu 1 Tag.
 Bis zu 15 Minuten. 1-3 Tage.
 Weniger als 2 Stunden.
 Bis zu 4 Stunden.

4. Wie häufig treten Kopfschmerzen bei Ihnen auf?

_____ mal/Tag _____ mal/Woche _____ mal/Monat

5. Wo spüren Sie Ihre Kopfschmerzen?

- Stirn/Schläfe
 Nacken/Hinterhaupt
 ganzer Kopf
 Oberkopf/Scheitelbereich
 eine Kopfhälfte

6. Bei einseitigen Schmerzen: Was trifft für Sie zu?

- Der Schmerz ist immer auf derselben Seite.
 Die Seite kann von Attacke zu Attacke wechseln.
 Der Schmerz ist nicht immer einseitig.

7. Wie fühlt sich Ihr Kopfschmerz an? (Mehrfachauswahl möglich)

- dumpf stechend pulsierend brennend
 drückend ziehend hämmernd bohrend

anders: _____

8. Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen, wenn Sie kein Schmerzmittel nehmen?

(0=kein Schmerz, 10=max. vorstellbarer Schmerz)

durchschnittlich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
maximal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Welche Begleitsymptome haben Sie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit und/oder Erbrechen | <input type="checkbox"/> Augentränen |
| <input type="checkbox"/> Lichtüberempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Rötung eines Auges |
| <input type="checkbox"/> Lärmüberempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> verstopfte oder laufende Nase |
| <input type="checkbox"/> Geruchsüberempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Unterschiedliche Weite der Pupillen |
| <input type="checkbox"/> Ruhebedürfnis | <input type="checkbox"/> Herabhängen eines Augenlides |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsdrang | <input type="checkbox"/> keine |

andere: _____

10. Verstärken körperliche Routineaktivitäten wie Treppensteigen Ihre Kopfschmerzen?

- Ja
 Nein
 Manchmal

andere: _____

11. Haben Sie weitere Symptome vor oder während der Kopfschmerzen?

- Sehstörungen (Verschwommensehen, Flimmersehen)
 Gefühlsstörungen (Taubheitsgefühle, kribbelnde Missempfindungen)
 Sprachstörungen (Wortfindungsstörungen, Verwenden »falscher Begriffe«, Grammatikfehler)
 Lähmungserscheinungen

andere: _____

12. Wie stark ist Ihre Beeinträchtigung durch die Attacken?

- schwer (arbeitsunfähig)
 mäßig (deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit)
 gering (Alltagsaktivitäten möglich)
 keine oder fast keine Einschränkung

13. Kennen Sie Auslöser für Ihre Kopfschmerzen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Schlafmangel/Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> Monatsblutung |
| <input type="checkbox"/> Entspannung | |

andere: _____