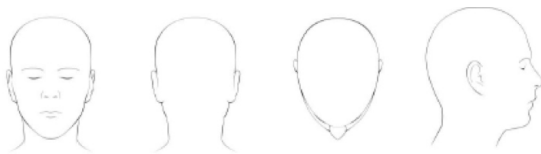


## Kopfschmerzfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Persönliches: (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

1. Wo sind die Kopfschmerzen bei Ihnen lokalisiert?  
Bitte zeichnen Sie es auf den unten angegebenen Bildern ein.



2. Wann sind bei Ihnen – soweit erinnerlich – erstmals Kopfschmerzattacken aufgetreten?
- im Vorschulalter
  - im Grundschulalter
  - als Jugendlicher (< 16. Lebensjahr)
  - als junger Erwachsener (< 25. Lebensjahr)
  - später, und zwar ca. im \_\_\_\_ Lebensjahr
3. Wie lange dauert in der Regel eine Kopfschmerzattacke?
- Sekunden    Minuten: \_\_\_\_\_    Stunden: \_\_\_\_\_    Tage
- Minimal \_\_\_\_\_, Maximal \_\_\_\_\_
4. Wie stark ist typischerweise eine Kopfschmerzattacke?
- Skala von 0-10 (0: kein Schmerz, 10 stärkster vorstellbarer Schmerz) \_\_\_\_\_
5. An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an Kopfschmerzen (Tage mit leichteren Kopfschmerzen mitgezählt)?
- Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: \_\_\_\_\_ Tage
6. Wie viele Tage im Monat haben Sie durchschnittlich starke Kopfschmerzen (arbeitsunfähig)?
- Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: \_\_\_\_\_ Tage

7. An wie viele Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel ein?  
Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: \_\_\_\_\_ Tage,  
welche Schmerzmittel: \_\_\_\_\_
8. Sind die Kopfschmerzen einseitig?  Ja  Nein  
Wenn ja:  
Wechselt die Seite von Anfall zu Anfall?  Ja  Nein  
Ist es häufiger links oder rechts?  Rechts  Links
9. Welchen Charakter haben die Kopfschmerzen?  
 drückend  stechend  brennend  pochend/pulsierend/hämmernd  
 einengend/beengend (wie ein Band um den Kopf)  dumpf  
anders: \_\_\_\_\_
10. Leiden Sie während der Kopfschmerzattacken unter folgenden Beschwerden?  
 Lichtempfindlichkeit  
 Lärmempfindlichkeit  
 Geruchsempfindlichkeit (z.B. Zigarettenrauch, Parfum, Essensgerüche)  
 Übelkeit/Erbrechen  
 Appetitlosigkeit  
 Augentränen, Naselaufen, Hängen des Augenlids
11. Nehmen die Kopfschmerzen durch körperliche Belastung (z.B. Treppensteigen) zu?  
 Ja  Nein
12. Leiden Sie vor oder während der Kopfschmerzen unter  
 Sehstörungen  
 Gefühlsstörungen (z.B. Kribbeln, Taubheit)  
 Lähmungen
13. Sind die Kopfschmerzen lageabhängig?  Ja  Nein

14. Wird der Kopfschmerz stärker, wenn Sie sich nach vorne beugen?  Ja  Nein

15. Gibt es Auslöser für die Kopfschmerzen?

- Stress
- Schlafmangel
- Entspannung
- Alkoholkonsum
- Nahrungsmittel
- bei Frauen: Periode
- andere \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Was lindert die Kopfschmerzen?

- nichts
- Wärme
- Kälte
- Hinlegen
- Bewegung
- Medikamente (Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_)
- andere Maßnahmen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Wie verhalten Sie sich während einer Kopfschmerzattacke?

- Rückzug in ruhiges, dunkles Zimmer
- Schlafen
- Bewegungsunruhe
- Gereiztheit
- so wie sonst
- anders: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Wie fühlen Sie sich, wenn die Kopfschmerzen abgeklungen sind?

- sofort wieder normal
- beeinträchtigt für max. 5 Stunden
- beeinträchtigt für max. 12 Stunden
- beeinträchtigt für max. 24 Stunden
- beeinträchtigt für mehr als 24 Stunden

19. Gibt es Verwandte (Großeltern, Onkel, Tanten, Eltern, Geschwister, Kinder), die ebenfalls unter Kopfschmerzen leiden?

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

20. Leiden oder litten Sie noch unter irgendwelchen anderen Erkrankungen, ganz unabhängig vom Kopfweh?

---

---

---

---

---

21. Bestehen Schlafprobleme?  Ja  Nein

22. Rauchen Sie?  Ja  Nein

23. Wurde eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt?  CT  MRT

Wann? \_\_\_\_\_ Ergebnis:  Unauffällig

Auffällig

24. Bitte führen Sie sämtliche Medikamente auf, die Sie einnehmen.