

## Kopfschmerzfragebogen

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. Seit wann haben Sie Kopfschmerzen?

seit wenigen Tagen;  seit mehreren Wochen;  seit \_\_\_ Monaten;  seit \_\_\_ Jahren

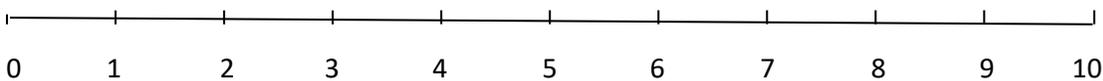
### 2. Wie häufig haben Sie Kopfschmerzen?

\_\_\_x/Monat  \_\_\_x/Woche  jeden Tag

### 3. Wie stark sind die Kopfschmerzen üblicherweise?

leicht;  mittel;  stark;  sehr stark, unerträglich;

Wenn Sie die Kopfschmerzstärke auf einer Skala von 0-10 einschätzen sollten, läge er bei:  
( 0=kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)



### 4. Tritt der Kopfschmerz einseitig oder beids. auf?

- einseitig, dann  immer auf der gleichen Seite, oder  seitenwechselnd  
 beidseitig  kann einseitig oder beidseitig auftreten  
 überwiegend im Gesicht

### 5. Wenn Sie die Art des Kopfschmerzes beschreiben sollten, dann als

pulsierend, pochend  dumpf, drückend  brennend  stechend

### 6. Eine einzelne Kopfschmerzepisode dauert üblicherweise

Sekunden;  \_\_\_ Minuten;  \_\_\_ Stunden ;  \_\_\_ Tage;

### 7. Die Kopfschmerzen beginnen meist **oder** immer

morgens  mittags  abends  nachts

### 7. Treten Begleitsymptome vor, während oder nach den Kopfschmerzen auf?

- keine;  Übelkeit;  Erbrechen;  Lichtempfindlichkeit;  
 Sehstörungen;  Lärmempfindlichkeit ;  Geruchsempfindlichkeit;  
 gerötetes Auge  Tränenlaufen  Nase zu oder läuft  
 andere \_\_\_\_\_

**8. Schmerzverstärkung bei körperlicher Aktivität?**

- ja  nein

**9. Kennen Sie auslösende Situationen für Ihre Kopfschmerzen?**

- Aufregung oder Streß  Erholungsphasen ( am Wochenende, zu Beginn des Urlaubs)
- Schlafentzug , geänderter Schlafrhythmus  Menstruation
- bestimmte Lebensmittel \_\_\_\_\_
- andere \_\_\_\_\_

**10. Nehmen Sie Medikamente wegen Ihrer Kopfschmerzen ein? Wenn ja welche?**

**11. Wie schätzen Sie die Wirkung der Medikamente ein?**

- gut, Kopfschmerz nach 30 Minuten nur noch gering oder nicht mehr vorhanden
- mittelmäßig, Kopfschmerz merklich gebessert aber noch spürbar vorhanden
- keine Wirkung

**12. Führen die Kopfschmerzen zu merklichen Beeinträchtigungen von Beruf oder privaten Aktivitäten?**  Ja  Nein

- Fehlzeiten in Schule und Beruf ca. \_\_\_\_\_Tage/Monat
- Einschränkungen beim Sport, sozialen und privaten Aktivitäten

**13. In der Familie gibt es weitere Mitglieder mit häufigen Kopfschmerzen, Kopfschmerz-Erkrankungen?**

- Ja  Nein

**14. ggf. weitere Bemerkungen:**