

Kopfschmerzfragebogen

Name, Vorname : _____ Geburtsdatum: _____

1. Seit wann haben Sie Kopfschmerzen?

seit wenigen Tagen; seit mehreren Wochen; seit ___ Monaten; seit ___ Jahren

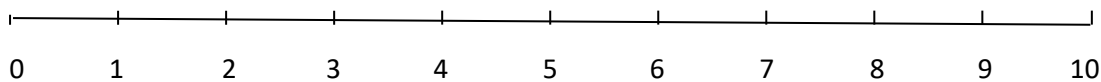
2. Wie häufig haben Sie Kopfschmerzen?

___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: