

Patienten-Kopfschmerz-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal zu behandeln und Ihre Kopfschmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen notwendig. Dafür sollten Sie ihre Beschwerden und die damit verbundenen Auswirkungen auf ihr Befinden und ihre Lebensumstände so gut wie möglich beschreiben bzw. benennen.

Diese freiwilligen Angaben dienen der Vorbereitung für unsere ausführliche Voruntersuchung (ärztlich, psychotherapeutisch und physiotherapeutisch).

Bitte beantworten Sie hierfür alle Fragen und lassen Sie keine unbeantwortet.

Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Die hier enthaltenden Informationen werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese ausschließlich den behandelnden Therapeuten, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, während der Therapie zur Verfügung stehen.

1.	Name		Vorname	
	Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort
	Geburtsdatum		E-Mail	
	Telefon (privat)		Handy	
2.	Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes:			
3.	Name und Adresse der Krankenkasse			
	<input type="checkbox"/> Gesetzlich krankenversichert		<input type="checkbox"/> Privat krankenversichert	
	<input type="checkbox"/> privat zusatzversichert (stationär)		<input type="checkbox"/> Beihilfe-Berechtigung	
4.	Welche Schulausbildung haben Sie?			
	<input type="checkbox"/> keinen Abschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> mittlere Reife/Realschule	
	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Abitur		
5.	Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten möglich)			
	<input type="checkbox"/> Ich lebe allein	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Partner	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> (Schwieger-) Eltern
6.	Körpergröße (cm)		Körpergewicht (Kg)	
7.	Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?			

8.	Sind sie zurzeit berufstätig?		
	<input type="checkbox"/> Ja, in Vollzeit	<input type="checkbox"/> Ja, in Teilzeit (Wochenstunden _____)	
	<input type="checkbox"/> Nein ich bin nicht berufstätig, weil _____		
	<input type="checkbox"/> Altersrente seit- _____ <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente seit _____, befristet bis _____		
	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="checkbox"/> arbeitslos/erwerbslos seit _____
9.	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele Tage waren Sie in den letzten drei Monate arbeitsunfähig: _____		
	Glauben Sie, dass Sie wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Beabsichtigen Sie einen Renten-Antrag oder einen Antrag auf Renten-Änderung zu stellen?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11.	Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in Höhe von _____ %
	12. Haben Sie bereits eine Kopfschmerzdiagnose erhalten?		
	Wenn ja, welche?		
13.	Seit welchem Lebensjahr leiden Sie an Kopfschmerzen?	Lebensjahr _____	
14.	An wieviel Tagen hatten Sie in den vergangenen vier Wochen Kopfschmerzen?	Tage _____	
15.	Hat sich der Auftretensort oder der Schmerzcharakter der Kopfschmerzen in letzter Zeit verändert?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
16.	Wie stark waren ihre Kopfschmerzen maximal in den letzten vier Wochen		
	[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Kein Schmerz stärkster Schmerz Bitte nur eine Zahl ankreuzen!!		
17.	Wie stark waren ihre Kopfschmerzen durchschnittlich in den letzten vier Wochen		

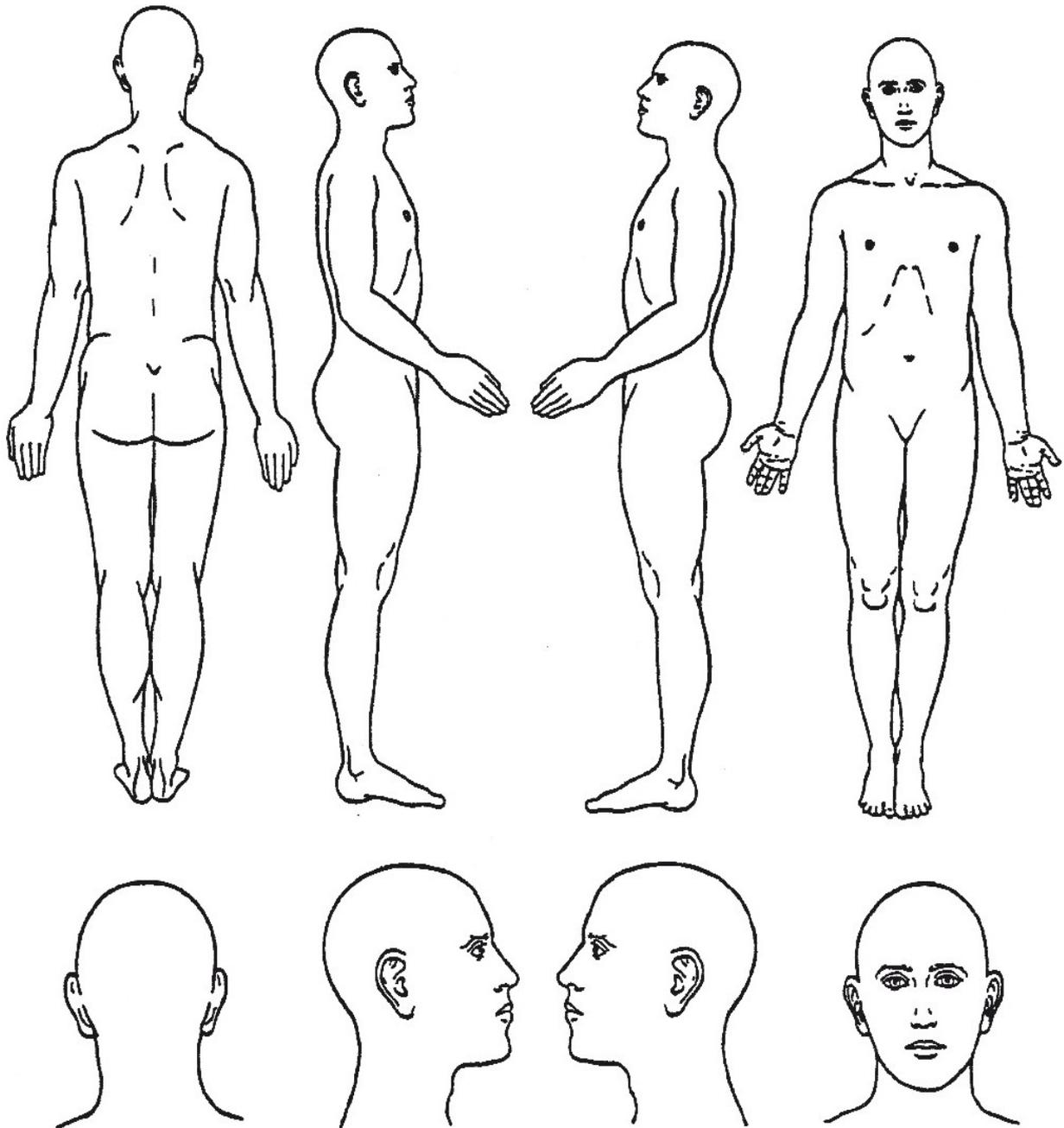
	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Kein Schmerz stärkster Schmerz										
	Bitte nur eine Zahl ankreuzen!!										

18	Wie wurden Ihre Kopfschmerzen bisher behandelt?			
.	Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt? _____
	Massage	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt? _____
	Akupunktur	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt? _____
	Psychotherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt? _____
	Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt? _____
	Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt? _____
	Andere: _____ _____			
19	Welche Ärzte haben Sie bereits wegen Ihrer Kopfschmerzen aufgesucht? Bitte Name und Adresse eintragen sowie Befunde den Unterlagen bitte beifügen			
.	<input type="checkbox"/> Hausarzt: _____			
	<input type="checkbox"/> Neurologe: _____			
	<input type="checkbox"/> Orthopäde: _____			
	<input type="checkbox"/> Schmerztherapeut: _____			
	<input type="checkbox"/> HNO: _____			
	<input type="checkbox"/> Gynäkologe: _____			
	<input type="checkbox"/> Zahnarzt: _____			
	<input type="checkbox"/> Augenheilkunde: _____			

<input type="checkbox"/> Psychiater: _____
<input type="checkbox"/> Psychologe: _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurg: _____
<input type="checkbox"/> Radiologe: _____
<input type="checkbox"/> Andere Fachrichtung: _____

20. Wo sind Ihre Schmerzen lokalisiert?

Bitte zeichnen Sie ein, wo Ihre Schmerzen auftreten



Hauptlokalisationsort:

Weitere Angaben dazu:

21. Sind Ihre Kopfschmerzen erstmalig durch ein besonderes Ereignis hervorgerufen worden?

<input type="checkbox"/> Unfall (z.B. Schädel-Hirn-Trauma)
<input type="checkbox"/> Berufliche Veränderungen
<input type="checkbox"/> Private Veränderungen
<input type="checkbox"/> Eine bestimmte Krankheit
<input type="checkbox"/> Gibt es andere nicht genannte Gründe, wenn ja
<hr/>
<input type="checkbox"/> Mir ist kein besonderes Ereignis bekannt

22. Wie beginnen Ihre Schmerzen normalerweise?

<input type="checkbox"/> Plötzlich, blitzartig
<input type="checkbox"/> Langsam stärker werdend, einschleichend
<input type="checkbox"/> Die Kopfschmerzen sind ständig vorhanden

23. Zu welcher Tageszeit treten Ihre Kopfschmerzen im Allgemeinen auf?

<input type="checkbox"/> Die Schmerzen können zu unterschiedlichen Tageszeiten auftreten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja									
<input type="checkbox"/> Die Schmerzen treten überwiegend zu den folgenden Uhrzeiten auf (Uhrzeit bitte ankreuzen!!)											
1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00
13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00

24. Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke in der Regel bei Ihnen?

<input type="checkbox"/> 6 Stunden	<input type="checkbox"/> 12 Stunden	<input type="checkbox"/> 24 Stunden	<input type="checkbox"/> 48 Stunden	<input type="checkbox"/> 72 Stunden
<input type="checkbox"/> andere			<input type="checkbox"/> ich leide an dauernden Schmerzen ohne schmerzfremde Zeiten	

25. Wie würden Sie Ihre Kopfschmerzen beschreiben? (Mehrere Antwortmöglichkeiten!!)

<input type="checkbox"/> pulsierend	<input type="checkbox"/> blitzartig
<input type="checkbox"/> drückend	<input type="checkbox"/> bohrend
<input type="checkbox"/> klopfend	<input type="checkbox"/> hämmernd
<input type="checkbox"/> pochend	<input type="checkbox"/> brennend
<input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> schneidend
<input type="checkbox"/> reißend	<input type="checkbox"/> dumpf
<input type="checkbox"/> Der Schmerzcharakter kann nicht beschrieben werden	

26. Leiden Sie begleitend unter irgendwelchen der folgenden Symptome?

<input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Schwellung	<input type="checkbox"/> Augenrötung
<input type="checkbox"/> Doppeltsehen	<input type="checkbox"/> Zick-Zack-Linien im Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/> Tränenfluss
<input type="checkbox"/> Augenmuskellähmung	<input type="checkbox"/> Erblindung eines Auges	<input type="checkbox"/> vorübergehende Sehstörung
<input type="checkbox"/> Schielen	<input type="checkbox"/> Hautrötung	<input type="checkbox"/> Hautblässe
<input type="checkbox"/> Änderung der Pupillenweite	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Unsicherheit beim Gehen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen
<input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Durchfall
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit
<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung	<input type="checkbox"/> Harndrang	
<input type="checkbox"/> Missempfindungen	Wenn ja, wo: _____	
<input type="checkbox"/> Muskelschwäche	Wenn ja, wo: _____	
<input type="checkbox"/> Muskellähmung	Wenn ja, wo: _____	
<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	Wenn ja, wo: _____	
<input type="checkbox"/> Mir sind keine Begleitsymptome bekannt		

27. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Ihren Kopfschmerzen und:

<input type="checkbox"/> zu langem Schlaf	<input type="checkbox"/> zu kurzem Schlaf	<input type="checkbox"/> Urlaub
<input type="checkbox"/> Feierabend	<input type="checkbox"/> Wochenende	<input type="checkbox"/> Verzehr von Molkereiprodukten
<input type="checkbox"/> Verzehr von Schokolade	<input type="checkbox"/> Verzehr von Zitrusfrüchten	<input type="checkbox"/> Übersättigung
<input type="checkbox"/> Hunger, unregelmäßiges Essen	<input type="checkbox"/> Verzehr stark gewürzter Speisen	
Hektik und Stress	Ärger im Beruf	Ärger im Privatleben
Andere Zusammenhänge	Welche? _____	

28. Wann treten die Begleitsymptome auf und wie lange können diese andauern? (nur auszufüllen, wenn Sie Begleitsymptome nennen können, ansonsten überpringen)

Die Begleitsymptome entwickeln sich:
<input type="checkbox"/> Alle bis zu 30 Minuten vor den Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Entwickeln sich zeitgleich mit den Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Entwickeln sich mit den Kopfschmerzen und bleiben länger als diese bestehen
<input type="checkbox"/> Entwickeln sich vor den Kopfschmerzen und sind vor Beginn der Kopfschmerzen wieder abgeklungen
<input type="checkbox"/> Die Begleitsymptome treten erst nach Beendigung der Schmerzen auf
<input type="checkbox"/> Anderer Verlauf, wie?

29. Welche Ereignisse können Ihre Kopfschmerzen verschlimmern?

<input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt	
<input type="checkbox"/> Körperliche Belastung	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Körperliche Ruhe	
<input type="checkbox"/> Bestimmte Jahreszeiten	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Wetterlage	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Bestimmte Nahrungsmittel	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Bestimmte Genussmittel	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Bestimmte Medikamente	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Monatsblutung	
<input type="checkbox"/> Unbequeme Kopf- oder Körperhaltung	
<input type="checkbox"/> Seelische Belastungen	Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/> Privater oder beruflicher Stress	
<input type="checkbox"/> Andere:	Welche? _____

30. Welche Bedingungen können Ihre Kopfschmerzen lindern?

<input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt
<input type="checkbox"/> Urlaub
<input type="checkbox"/> körperliche Ruhe
<input type="checkbox"/> Spaziergang
<input type="checkbox"/> soziale Kontakte (Veranstaltungen, Treffen mit Freunden oder Familie)
<input type="checkbox"/> Hobbies
<input type="checkbox"/> Arbeit; wenn ja welche? _____ _____
<input type="checkbox"/> Andere: _____ _____

31. Diese Frage ist nur von Frauen auszufüllen

<input type="checkbox"/> Sind Ihre Kopfschmerzen ausschließlich während ihre Monatsblutung?
<input type="checkbox"/> Sind Ihre Kopfschmerzen häufig während Ihrer Monatsblutung, aber auch an anderen Tagen?
<input type="checkbox"/> Sind Ihre Kopfschmerzen unabhängig von Ihrer Monatsblutung?

Fall Sie die Pille einnehmen, haben Sie dadurch eine Änderung ihrer Kopfschmerzen bemerkt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche _____

32. Leiden Sie an Schlafstörungen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, an welchen?	
<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/> schmerzbedingt	<input type="checkbox"/> wegen Gedankenkreisen/Grübelneigung

**33. Haben Sie bereits eine der unten genannten Untersuchung erhalten?
 (Bitte zutreffendes ankreuzen und Befunde in Kopie beifügen)**

<input type="checkbox"/> Computertomographie des Kopfes (CT)	Wenn ja, wann? _____
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie des Kopfes (MRT)	Wenn ja, wann? _____
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie der HWS	Wenn ja, wann? _____
<input type="checkbox"/> Röntgen der HWS	Wenn ja, wann? _____
<input type="checkbox"/> Röntgen der Nasennebenhöhlen	Wenn ja, wann? _____
<input type="checkbox"/> 24-Std. Blutdruckmessung	Wenn ja, wann? _____
<input type="checkbox"/> Andere: Welche? _____ Wann? _____	

34. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell zur Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen ein

Name des Schmerzmedikaments (auch Kombi-Präparat, Triptane, Opiate oder Sonstige)	Dosierung	An wie vielen Tagen im Monat	Wirkung	
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Frühere Schmerzmedikation	Dosierung	An wie vielen Tagen im Monat	Wirkung	
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	--	--	-------------------------------	-----------------------------

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten gegen bestimmte Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- - - -		
Welche anderen Medikamente nehmen Sie noch ein? (Bitte Medikamentenname und Dosierung)		
- - - - - - -		

35. Nehmen Sie aktuell zur Vorbeugung Ihrer Kopfschmerzen täglich eines der untenstehenden Medikamente zur Kopfschmerz-Prophylaxe ein?

Medikament	Aktuell Dosis/Tag	Früher: Keine Wirkung	Früher: Wurde nicht vertragen
Betablocker (Metoprolol, Propranolol, Bisoprolol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amitriptylin (Saroten, Equilibrin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Topiramät		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalziumantagonist (Flunarizin, Verapamil, Natiil)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opi Pramol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valproinsäure (Valproat, Ergenyl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duloxetin (Cymbalta)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venlafaxin (Trevilor)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citalopram (Cipramil)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregabalin (Lyrica, Pregabador)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carbamazepin (Tegretal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnesium		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithium (Hypnorex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pestwurz (Petadolex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monoklonale Antikörper (Aimovig, Emgality, Ajovg)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Botulinumtoxin-Injektionen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich habe bis jetzt noch keine vorbeugenden Medikamente eingenommen.			

36. Leiden Sie an weiteren Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> keine weiteren Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Kreislauf- oder Gefäßerkrankung (Bluthochdruck, pAVK)		
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung (KHK, Herzinfarkt)		
<input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis)		
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel-oder Hormonerkrankung (Diabetes mellitus, Schilddrüse)		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung		
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung		
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung (Gastritis, M. Crohn, Magen-Darm Geschwür)		
<input type="checkbox"/> Schlaganfall		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung		
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems (Arthrose, Muskelschmerzen, Rückenschmerzen)		
<input type="checkbox"/> Nervenleiden (Multiple Sklerose, Polyneuropathie)		
<input type="checkbox"/> Unfall mit Kopfverletzung		
<input type="checkbox"/> Tinnitus		
<input type="checkbox"/> Seelische Leiden		
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Angststörung/Panikattacken	<input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung
<input type="checkbox"/> Allergien/ Unverträglichkeiten		

37. Welche der aufgeführten Genussmittel gebrauchen Sie?

<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was und wieviel _____
<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was und wieviel _____
<input type="checkbox"/> Andere Drogen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was und wieviel _____
<input type="checkbox"/> Kaffee	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie viele Tassen pro Tag _____

Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 1 Traf **gar nicht** auf mich zu
- 2 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**

3 Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft 4 Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit	D			A			S				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2
1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S						
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A						
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D						
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A						
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D						
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S						
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A						
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S						
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A						
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D						
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S						
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S						
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D						
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S						
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A						
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D						
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D						
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S						
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A						
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A						
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D						