

## Kopfschmerzfragebogen – Praxis W. Herscu

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

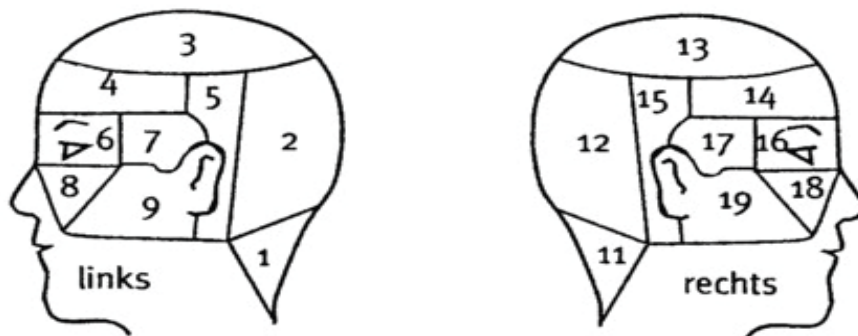
Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die richtige Behandlung für Sie auszuwählen.

Datum: .....

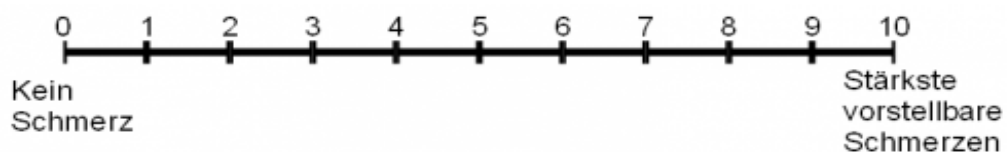
Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

1. Seit wann leiden Sie an Kopfschmerzen? .....
2. Wie häufig leiden Sie an Kopfschmerzen? .....
3. Wie lange halten Ihre Kopfschmerzen unbehandelt an? .....
4. Treten die Kopfschmerzen zu bestimmten Zeitpunkten auf?  
 ja, wann .....  
 nein
5. Bitte zeichnen Sie in welcher Lokalisation die Kopfschmerzen auftreten



6. Bitte zeichnen Sie die Stärke Ihrer Kopfschmerzen ein



## Kopfschmerzfragebogen – Praxis W. Herscu

7. Wenn die Kopfschmerzen stark sind?  
 müssen Sie sich möglichst in einem dunklen Raum aufhalten oder hinlegen  
 können Sie nicht still sitzen und müssen herumlaufen  
 können Sie nicht weiter arbeiten
8. Können Sie Auslöser ihrer Kopfschmerzen angeben (z.B. Alkohol, Nikotin, bestimmte Lebensmittel, Stress, körperliche Aktivität ...)?  
 ja, was? .....  
 nein
9. Gibt es Begleiterscheinungen, die vor oder während der Kopfschmerzen auftreten?  
 Erbrechen  
 Übelkeit  
 Verstopfte oder laufende Nase  
 Ein trockenes oder tränendes Auge  
 Lichtempfindlichkeit  
 Geräuschempfindlichkeit  
 Sehstörungen  
 Sprachstörungen  
 Gefühlsstörungen
10. Fühlt sich der Schulter-/Nackенbereich während der Kopfschmerzen angespannt und druckempfindlich an?  
 ja  
 nein
11. Sind die Kopfschmerzen?  
 pulsierend oder hämmernd  
 dumpf, drückend und langhaltend  
 einseitig stechend  
 hinter einen Auge  
 im Bereich der Stirn oder Schläfe und Sie haben das Gefühl ob ein Auge herausgedrückt wird oder ein glühendes Messer hinter einem Auge ist  
 wie ein Ring um den Kopf der sich zusammenzieht oder wie ein Schraubstock
12. Nehmen Sie Medikamente bei Kopfschmerzen ein?  
 ja, welche? .....  
 nein
13. Nehmen Sie Medikamente zur Kopfschmerzvorbeugung ein?  
 ja, welche? .....  
 nein

## Kopfschmerzfragebogen – Praxis W. Herscu

14. Wurden die Kopfschmerzen bisher behandelt?

ja, wie? .....

nein

15. Sind wegen Ihrer Kopfschmerzen schon Untersuchungen gemacht worden (z.B. EEG, MRT, CT, Blutentnahme ...)

ja, welche? .....

nein

16. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die an Kopfschmerzen leiden?

ja, wer .....

nein

17. Gibt es vermehrt Thrombosen oder Lungenembolien in der Familie bzw. sind Gerinnungsstörungen bekannt?

ja, wer? .....

nein

18. Für Frauen: Nehmen Sie die Pille ein?

ja, welche? .....

nein

Stehen die Kopfschmerzen im zeitlichen Zusammenhang mit der Regelblutung?

ja

nein