

Fragebogen Kopfschmerzen

Nervenärzte Neustadt

Barbara Cordes

Dr. Thomas van Hettinga

Dr. Simone van Hettinga

Name, Vorname: Tagesdatum:.....

1. Seit wann leiden Sie unter Kopfschmerzen? Seit

2. Wo nehmen Sie die Schmerzen wahr? (z.B. Schläfe, Stirn, Nacken, hinter dem Auge)

.....

3. Wie ist der Schmerz? (z.B. stechend, drückend, ziehend, pochend...)

.....

4. Wie lange hält der Kopfschmerz an? (z.B. 1-3 Tage / 2 Stunden bis 3 Tage)

behandelt: unbehandelt:

5. Wie viele Tage im Monat haben Sie Kopfschmerzen? (z.B. 1-5 Tage / 3-4 Tage)

.....

6. Die Kopfschmerzen sind begleitet von:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lärmempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen tränen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gefühlsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nase laufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sprachstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Kennen Sie Auslöser für Ihre Kopfschmerzen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Rotwein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schokolade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sonstige Auslöser:

7. Nimmt der Kopfschmerz bei körperlicher Aktivität zu? Ja Nein

--- Blatt bitte wenden ---

8. Welche Schmerzmittel haben bei Ihnen eine (Medikament bitte mit Namen auflisten)

- gute Wirkung

.....

- schlechte Wirkung

.....

- starke Nebenwirkung

.....

9. An wie vielen Tagen in der Woche nehmen Sie Schmerzmittel ein und welche? (z.B. 1-8 Tagen Aspirin oder 3-4 Tagen Paracetamol)

.....

Fragen zum Alltagsverhalten

Es gibt viele Faktoren des täglichen Lebens, die großen Einfluss auf die Häufigkeit und Schwere von Kopfschmerzen haben.

Es ist uns wichtig, diese zu erfragen und später mit Ihnen zu besprechen:

	Ja	Nein
Ich frühstücke bevor ich morgens das Haus verlasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme über den Tag ausreichend Flüssigkeit zu mir (1,5- 2 Liter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schlafe regelmäßig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich trinke wenig Kaffee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich rauche <u>nicht</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache Entspannungstraining (z.B. Yoga, Autogenes Training, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann im Alltag immer wieder auch entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine gleichmäßige (Arbeits-) Belastung im Laufe der Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich betreibe Ausdauersport (z.B. Laufen, Fahrradfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Angaben