



Erstkontakt Fragebogen Kopfschmerzanamnese

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort

Ausgefüllt am:

Krankenkasse:

Wer ist ihr Hausarzt:

Bei welchen Fachärzten waren/sind Sie wegen der Kopfschmerzen in Behandlung

Fragen zur genaueren Beschreibung Ihrer Kopfschmerzen:

In welchem Alter traten ihre Kopfschmerzen erstmalig auf?

Leiden in Ihrer Familie noch weiteren Personen an wiederkehrenden Kopfschmerzen?

- Nein
- Ja, mein(e) _____ leidet an:
- Migräne
- Spannungskopfschmerzen
- Clusterkopfschmerzen
- Trigeminusneuralgie

An wie vielen Tagen hatten Sie in den vergangenen vier Wochen Kopfschmerzen? _____ Tage

Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen durchschnittlich in den letzten vier Wochen? (auf einer Skala von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) _____

Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke (ohne Schmerzmittel)?

Wie schnell erreichen die Kopfschmerzen in der Regel das Schmerzmaximum? In _____ Minuten.

Zu welchen Tageszeiten treten die Kopfschmerzen in der Regel auf?

- Aus dem Schlaf heraus
- Fröhorgens
- Vormittags
- Nachmittags
- Abends

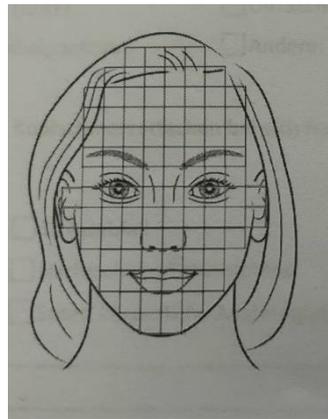
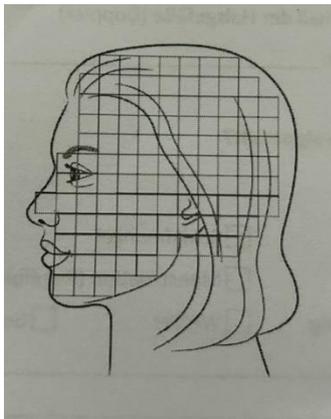


Zeigen die Kopfschmerzen beim Auftreten eine Regelmäßigkeit (z.B. immer um die gleiche Uhrzeit)?

- Zu unterschiedlichen Zeiten
- Zu den gleichen Zeiten

Wie häufig treten die Kopfschmerzen auf? _____ pro Tag, _____ pro Monat

Wo treten die Kopfschmerzen auf?



Welche Begleiterscheinungen treten mit oder vor den Kopfschmerzen auf?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit, | <input type="checkbox"/> Laufende Nase |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Tränende Augen |
| <input type="checkbox"/> Geruchsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe und Bewegungsdrang |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Zunahme der Schmerzen unter körperlicher Aktivität |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | |

Wurden wegen der Kopfschmerzen weitere Untersuchungen veranlasst oder durchgeführt?

- Computertomographie vom Kopf oder Hals
- Kernspintomographie vom Kopf oder Hals
- Röntgen
- Ultraschall der Halsgefäße
- Nervenwasseruntersuchung (Lumbalpunktion)

Gibt es Auslöser der Kopfschmerzattacken

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafmangel | <input type="checkbox"/> Menstruation (Regelblutung) |
| <input type="checkbox"/> Stress oder Stressabfall | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Nachtschicht | <input type="checkbox"/> Unregelmäßiger Tagesablauf Gerüche |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Kein Auslöser |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, welche _____ | |



Waren Sie aufgrund der Kopfschmerzen beim Haus- oder Facharzt?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Augenarzt |
| <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Neurochirurg |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |

Aktuelle tägliche medikamentöse Therapie:

=
=
=
=

Bisherige medikamentöse Therapie:

Welche Medikamente haben sie bislang zur Reduktion der Kopfschmerzen eingenommen?

Akut Therapie mit:

- Schmerzmittel
 - Paracetamol, Aspirin, Diclofenac, Ibuprofen, Metamizol, Novaminsulfon, Naproxen
- Mischanalgetika:
 - Tomapyrin® (Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Coffein)
- Triptane:
 - Sumatriptan, (Tabletten, Nasenspray, Spritze)
 - Rizatriptan (Tablette oder Schmelztablette)
 - Zolmitriptan (Tablette oder Nasenspray)
 - Eletriptan (Tablette)
 - Naratriptan (Tablette)
- Opiate:
 - Tramadol, Tilidin und Naloxon
- Sonstige
- Medikamente gegen Übelkeit?
 - Domperidon (Motilium®)
 - Metoclopramid (Paspertin®)
 - Dimenhydrinat (Vomex®)



Medikamente zur Vorbeugung der Kopfschmerzen (Prophylaxe)?

<u>Medikament</u>	<u>Dosierung</u>	<u>Fehlende Wirkung</u>	<u>Wurde nicht vertragen</u>
<input type="checkbox"/> Betablocker (Metoprolol, Bisoprolol, Propanolol)			
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonisten (Flunarizin/Verapamil)			
<input type="checkbox"/> Candesartan			
<input type="checkbox"/> Topiramat			
<input type="checkbox"/> Valproinsäure			
<input type="checkbox"/> Carbamazepin			
<input type="checkbox"/> Pregabalin			
<input type="checkbox"/> Gabapentin			
<input type="checkbox"/> Amitriptylin			
<input type="checkbox"/> Opipramol			
<input type="checkbox"/> Duloxetin			
<input type="checkbox"/> Venlafaxin			
<input type="checkbox"/> Citalopram/Escitalopram			
<input type="checkbox"/> Botulinumtoxin			
<input type="checkbox"/> Lithium			
<input type="checkbox"/> Magnesium			
<input type="checkbox"/>			

Weitere Prophylaktische Maßnahmen:

- Ausdauersport
- Entspannungsmaßnahmen (Yoga, Autogenes Training,...)

Weitere Therapien zur Behandlung der Kopfschmerzen:

- Massage
- Physiotherapie
- Manuelle Therapie
- Osteopathie
- Akupunktur
- Andere Behandlungsmöglichkeiten

Begleiterkrankungen:

- Nein
- Gelenkschmerzen, Rheuma
- Allergien
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt, Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall
- Angst-/Panikstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Essstörung
- Magengeschwür
- Chronische Bronchitis
- Muskelschmerzen
- Chronische Bauchschmerzen
- Depression
- Tinnitus
- Nierenerkrankung
- Schlafstörung

Genussmittel:

- Rauchen
- Alkohol
- Koffein und Energy
Drinks