



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten?	
Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten drei Monate) haben Sie Kopfschmerzen?	
Sind Sie zwischen den Kopfschmerzattacken komplett kopfschmerzfrei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen üblicherweise an? (in Minuten/Stunden/Tagen)	
Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0-10 (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)?	
Mit welcher Schmerzstärke auf der Skala von 0-10 wären Sie zufrieden?	
Treten bei den Kopfschmerzen Begleitsymptome auf?  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte rechts weiter → Andere Begleitsymptome:	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht-, <input type="checkbox"/> Lärm-, <input type="checkbox"/> Geruchsempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> einseitig tränendes o. rotes Auge <input type="checkbox"/> einseitig hängendes Lid <input type="checkbox"/> einseitiges Nasenlaufen <input type="checkbox"/> starkes Ruhebedürfnis <input type="checkbox"/> Unruhe

**2. Wie genau fühlt sich Ihr Schmerz an? Bitte lassen Sie keine Aussage aus!**

Ich empfinde meine Schmerzen als:	Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft gar nicht zu
quälend				
grausam				
erschöpfend				
heftig				
mörderisch				
elend				
schauderhaft				
scheußlich				
schwer				
entnervend				
maternd				
furchtbar				
unerträglich				
lähmend				
schneidend				
stampfend/klopfend				
brennend				
reißend				
pochend				
glühend				
stechend				
hämmernd				
heiß				
durchstoßend				
	4	3	2	1



**3. Auslöser der Kopfschmerzen:**

<input type="checkbox"/> Menstruation	<input type="checkbox"/> Wochenende/Urlaub	<input type="checkbox"/> andere, nämlich:
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Alkohol	
<input type="checkbox"/> Entspannung nach Stress	<input type="checkbox"/> bestimmte Medikamente	

**4. Wurde bei Ihnen eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt?**

Falls ja, bringen Sie bitte eine Kopie des Befundes mit.

	Wann?	Ergebnis:
<input type="checkbox"/> Computertomographie (CT)		<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT)		<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig

**5. Leiden Sie an weiteren Erkrankungen, z.B.**

- Bluthochdruck  Herzerkrankungen  Schlaganfall  erhöhte  
Blutfette  Diabetes  Asthma  Leber/Nierenerkrankungen   
Depression  andere, nämlich:

**6. Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie der Kopfschmerzen?**

Bitte versuchen Sie, diese Frage **so genau wie möglich** zu beantworten. Bitte fragen Sie ggf. Ihren behandelnden Arzt nach den exakten Namen und Dosierungen.

Name des Medikaments	Dosierung	Wirksamkeit
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht

**7. An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel oder Triptane ein?**

<input type="checkbox"/> weniger als 5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> 10-15	<input type="checkbox"/> mehr als 15
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

**8. Haben Sie in der Vergangenheit andere Medikamente zur Akuttherapie eingenommen?**

Name des Medikaments	Dosierung	Wirksamkeit
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht





**14. Bitte kreuzen Sie in den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden in der letzten Woche am ehesten entsprechen hat.**

Dabei entspricht:

selten oder nie = nie bzw. weniger als an einem Tag

Manchmal oder gelegentlich = an 1-2 Tagen

Öfter oder häufig = an 3-4 Tagen

Meistens oder ständig = an 5-7 Tagen

	In der vergangenen Woche	Selten oder nie	manchmal	öfter	Meistens oder ständig
1.	Haben mich Dinge beunruhigt	0	1	2	3
2.	War mir nicht nach Essen zumute	0	1	2	3
3.	Konnte ich, selbst mit Hilfe meiner Freunde oder Familie, den Trübsinn nicht abschütteln	0	1	2	3
4.	Hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere zu sein	3	2	1	0
5.	Ist es mir schwer gefallen, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
6.	Fühlte ich mich niedergeschlagen	0	1	2	3
7.	Empfand ich alles als anstrengend	0	1	2	3
8.	Blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft	3	2	1	0
9.	Empfand ich mein Leben als gescheitert	0	1	2	3
10.	War ich ängstlich	0	1	2	3
11.	Habe ich unruhig geschlafen	0	1	2	3
12.	War ich glücklich	3	2	1	0
13.	Habe ich weniger geredet als sonst	0	1	2	3
14.	Fühlte ich mich einsam	0	1	2	3
15.	Waren die Menschen unfreundlich	0	1	2	3
16.	Hatte ich Spaß am Leben	3	2	1	0
17.	Musste ich gelegentlich grundlos weinen	0	1	2	3
18.	War ich traurig	0	1	2	3
19.	Hatte ich das Gefühl, dass die Menschen mich nicht mögen	0	1	2	3
20.	Bin ich nicht in Gang gekommen	0	1	2	3

**15. Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzlokalisierung und –ausstrahlung ein.**

