

Erstkontakt-Fragebogen Kopfschmerz-Anamnese bei Erwachsenen

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient,

um Ihre Kopfschmerzen optimal behandeln und auf Ihre Bedürfnisse eingehen zu können, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie alle Felder aus und versuchen Sie die Antworten auszuwählen, die am ehesten auf Sie zutreffen.

Sollten Sie Rückfragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Hausarzt Schmerztherapeut Krankenkasse Internet Selbsthilfegruppe (z.B. MigräneLiga)

Sonstige: _____

Fragen zur genauen Beschreibung Ihrer Kopfschmerzen

In welchem Alter traten bei Ihnen erstmals Kopfschmerzen auf?

Als ich _____ Jahre alt war.

Leiden in Ihrer Familie noch weitere Personen an wiederkehrenden Kopfschmerzen?

Nein Ja, mein(e) _____ leidet an:

Migräne Spannungskopfschmerz Clusterkopfschmerz Trigeminusneuralgie

An wie vielen Tagen hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Kopfschmerzen?

(Summe aller Kopfschmerztage, addieren Sie starke und leichte Tage)

Anzahl Tage _____

Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen durchschnittlich in den letzten 4 Wochen?

Bitte geben Sie eine Zahl von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) an: _____

Wie stark waren Ihre Schmerzen maximal in den letzten 4 Wochen?

Bitte geben Sie eine Zahl von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) an: _____

Wie schnell erreichen die Kopfschmerzen in der Regel das Schmerzmaximum?

In _____ Minuten

Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke (ohne Schmerzmittel)?

_____ Minuten _____ Stunden _____ Tage

Zu welchen Uhrzeiten treten die Kopfschmerzen in der Regel auf?

aus dem Schlaf heraus frühmorgens vormittags nachmittags abends

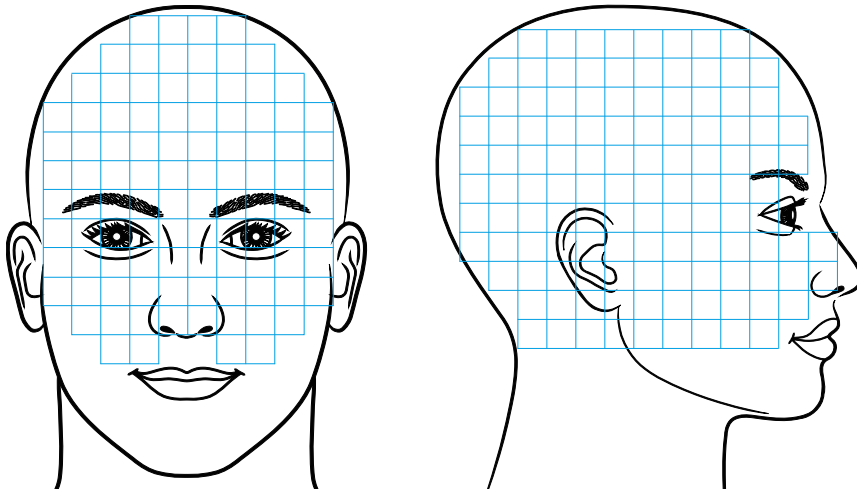
Verschieben sich einzelne Attacken in den frühen Morgen? Nein Ja

Zeigen die Kopfschmerzen eine Regelmäßigkeit im Auftreten (zum Beispiel immer um die gleiche Uhrzeit)?

zu sehr unterschiedlichen Zeiten immer zur gleichen Uhrzeit, gegen _____ Uhr

Wie häufig treten die Kopfschmerzattacken auf? _____ pro Tag _____ pro Monat

Wo treten die Kopfschmerzen auf? (Bitte die zutreffenden Felder markieren)



Welche Begleiterscheinungen treten bei Ihren Kopfschmerzen auf?

- Übelkeit; leicht oder stark? Lichtempfindlichkeit Laufende Nase
- Erbrechen; leicht oder stark? Geräuschempfindlichkeit Tränendes Auge
- Ruhebedürfnis Geruchsempfindlichkeit Unruhe/Bewegungsdrang
- Andere _____

Haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen einen Haus- oder Facharzt aufgesucht?

- Nein
- Ja Hausarzt HNO Augenheilkunde Neurologie
- Frauenarzt Neurochirurgie Zahnarzt Psychiater
- Orthopädie Andere: _____

Waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen jemals in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut)?

Nein Ja, Jahr: _____ Dauer: _____

Wurden Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen stationär in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik behandelt?

Nein Ja, wann (im Jahr, ggf. mehrmals): _____

Wurden wegen Ihrer Kopfschmerzen weitere (technische) Untersuchungen durchgeführt?

Nein Ja, welche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Computertomographie des Kopfes (CT) | <input type="checkbox"/> Röntgen der Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie des Kopfes (MRT) | <input type="checkbox"/> Röntgen der Halswirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie des Halses (CT) | <input type="checkbox"/> Langzeitblutdruck oder Langzeit-EKG |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie des Halses (MRT) | <input type="checkbox"/> Ultraschall der Halsgefäße (Doppler) |
| <input type="checkbox"/> Nervenwasseruntersuchung (Lumbalpunktion) | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Haben Sie Auslöser/ Verstärker von Kopfschmerzattacken bei sich festgestellt?

Nein

- | | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Stressabfall | <input type="checkbox"/> Schlafmangel |
| | <input type="checkbox"/> Unregelmäßiger Tagesablauf | <input type="checkbox"/> Nachtschicht/ Schichtdienst | <input type="checkbox"/> Menstruation (Regelblutung) |
| | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Sport, körperliche Anstrengung (z.B. Treppensteigen) | <input type="checkbox"/> Wetter |
| | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, welche: _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Gerüche | | |
| | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen

Wurde zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen Sauerstoff verordnet?

Nein Ja

Nehmen Sie zur Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen Medikamente ein?

Nein

Ja

Medikamenten- gruppe	Zum Beispiel (oral/nasal/subkutan)	Originalprodukt	Einnahmetage in den letzten 4 Wochen
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol	Novalgin®	
<input type="checkbox"/> Mischanalgetika	Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Coffein	Thomapyrin®	
<input type="checkbox"/> Triptane			
<input type="checkbox"/> Sumatriptan	Tabl./Nasenspray/subkutan	Imigran Tabl.®/ Imigran Nasal®/ Imigran-Injekt®/ MigraPEN®	
<input type="checkbox"/> Rizatriptan	Tabl./Schmelztabl.	Maxalt®	
<input type="checkbox"/> Zolmitriptan	Tabl./Schmelztabl./ Nasenspray	AscoTop®	
<input type="checkbox"/> Eletriptan	Tabl.	Relpax®	
<input type="checkbox"/> Almotriptan	Tabl.	Dolortriptan®, Almogran®	
<input type="checkbox"/> Naratriptan	Tabl.	Formigran®, Naramig®	
<input type="checkbox"/> Frovatriptan	Tabl.	Allegro®	
<input type="checkbox"/> Opiate	Tramadol, Tilidin/Naloxon, ...	Tramal® Valoron N®	
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____			

Gibt es Kopfschmerzattacken, bei denen diese Akutmedikation nicht mehr hilft?

Nein Ja, in welcher Situation? _____

Wenn Sie unter starker Übelkeit und Erbrechen leiden, erbrechen Sie zum Teil Ihre Tabletten?

Nein Ja

Nehmen Sie zusätzlich Medikamente zur Bekämpfung der Übelkeit in der Attacke ein?

Nein

Ja; Domperidon (Motilium®) Metoclopramid (Paspertin®) Dimenhydrinat (Vomex®)

Medikamente zur Vorbeugung (Prophylaxe)

Nehmen Sie aktuell zur Vorbeugung Ihrer Kopfschmerzen täglich Medikamente ein (Prophylaxe)?

Nein

Ja

Name:	Dosis:	Einnahme seit (Monat/Jahr):
1)		
2)		
3)		

Haben Sie jemals im Zusammenhang mit Ihrer Kopfschmerzbehandlung vorbeugend folgende Medikamente über mindestens 4-8 Wochen eingenommen?

Medikamenten- gruppe	Zum Beispiel	Dosis?	Wirkung?/ Verträglichkeit?
<input type="checkbox"/> Betablocker	Metoprolol (Beloc Zok®), Bisoprolol, Propranolol (Dociton®)		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Topiramat	Topamax®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Valproinsäure	Valproat®, Ergenyl®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Carbamazepin	Tegretal®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Pregabalin	Lyrica®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonist	Flunarizin (Natil N®) Verapamil (Isoptin®)		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Amitriptylin	Saroten®, Equilibrin®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Opipramol	Insidon®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Duloxetin	Cymbalta®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Venlafaxin	Trevilor®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen

Medikamenten- gruppe	Zum Beispiel	Dosis?	Wirkung?/ Verträglichkeit?
<input type="checkbox"/> Citalopram	Cipramil®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Candesartan	Atacand (Protect®)		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Botulinumtoxin- Injektionen	Botox®	Wie oft?	<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Lithium	Hypnorex®, Quilonum®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> CGRP-Antikörper	Erenumab (Aimovig®) Galcanezumab (Emgality®) Fremanezumab (Ajovy®)		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Magnesium			<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Pestwurz	Petadolex®		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Nahrungs- ergänzungsmittel	Orthoexpert, Migra3, Migravent		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Andere	Name:		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen
<input type="checkbox"/> Andere	Name:		<input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen

Andere Maßnahmen zur Prophylaxe

Machen Sie regelmäßig Ausdauersport (2-3mal pro Woche für mindestens 30 Minuten)?

Nein Ja, Sportart: _____

Machen Sie regelmäßig Entspannungsübungen (2-3mal pro Woche für mindestens 30 Minuten), z.B. Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelentspannung?

Nein Ja, welches Verfahren: _____

Haben Sie zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen weitere Therapien bzw. Heilmittel eingesetzt?

Nein

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Massage:	<input type="checkbox"/> Osteopathie:
	<input type="checkbox"/> Physiotherapie:	<input type="checkbox"/> Akupunktur:
	<input type="checkbox"/> Manuelle Therapie:	<input type="checkbox"/> Andere Behandlung:

Begleiterkrankungen, Schlafstörungen

Haben Sie Begleiterkrankungen?

Nein

- Ja
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, Rheuma | <input type="checkbox"/> Angststörung/
Panikattacken | <input type="checkbox"/> Magengeschwür,
Magenblutung |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen,
Asthma | <input type="checkbox"/> Posttraumatische
Belastungsstörung | <input type="checkbox"/> chronische Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/
Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Muskelschmerz | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Tinnitus | |

Leiden Sie an Schlafstörungen?

Nein

Ja, Einschlafstörungen Durchschlafstörungen nächtliches Schnarchen, Atempausen

Wie groß sind Sie? _____ Größe [cm], wie schwer sind Sie? _____ Gewicht [kg]

Umgang mit Genussmitteln

Rauchen Sie?

Nein gelegentlich regelmäßig seit _____ Jahren _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

Nein gelegentlich regelmäßig seit _____ Jahren

Alkoholmenge pro Tag / Art des Alkohols (z.B. Bier, Wein, etc.) _____

Wieviele Tassen Kaffee/Energy Drinks trinken Sie durchschnittlich pro Tag (2 Tassen entsprechen einem Becher)?

Anzahl Tassen: _____

Fragen zu Ihrer Person

Bitte geben Sie Ihren Familienstand an! *(wenn Sie darauf antworten möchten)*

ledig verheiratet in einer Partnerschaft geschieden verwitwet

Haben Sie besondere familiäre oder berufliche Belastungen?

Nein Ja *(Erläutern Sie dies gern im persönlichen Gespräch mit Ihrem Arzt.)*

Stehen Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis?/ Arbeitszeit? *(wenn Sie darauf antworten möchten)*

angestellt selbständig berentet arbeitssuchend Ausbildung Studium Schule

Vollzeit erwerbstätig Teilzeit erwerbstätig: _____ Wochenstunden

Arbeiten Sie in einem Schichtarbeitsmodell mit Nachtarbeit?

Nein Ja, mit Nachtschichten Früh/Spät-Wechselschichten

Sind Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer Kopfschmerzen nicht zur Arbeit/Schule/Uni gegangen (haben sich Urlaub genommen/ sich vom Arzt krankschreiben lassen)?

Nein Ja, _____ an _____ Tagen

Bestand eine Erwerbsunfähigkeit (krankheitsbedingte Berentung) aufgrund Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten?

Nein Ja, falls ja, voll falls ja, teilweise

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja, Grad der Behinderung: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie bei Rückfragen kontaktieren?

Ja, per Telefon _____ oder eMail: _____

*Dieser Fragebogen ist ein Service der Lupin Europe GmbH, Frankfurt am Main.
Wir engagieren uns für eine verbesserte Therapie von Kopfschmerzen.*