

# Kopfschmerzen

Fragebogen

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten 3 Mon.) haben Sie Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Sind Sie zwischen den Kopfschmerzattacken komplett kopfschmerzfrei? Ja Nein

Sind Ihre Kopfschmerzen in letzter Zeit häufiger geworden? Ja Nein

Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen üblicherweise an? Minuten \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_

Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0–10?  
(0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) \_\_\_\_\_

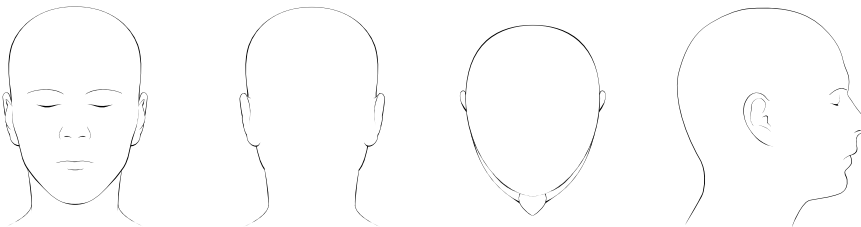
## Bitte beschreiben Sie den Kopfschmerz:

drückend, dumpf bis ziehend Verstärkung bei körperlicher Tätigkeit  
oder (kurz): \_\_\_\_\_

## Werden die Kopfschmerzen von weiteren Beschwerden begleitet?

Lärmscheu Lichtscheu Sehstörungen Augenflimmern  
Gefühlsstörungen Lähmungen Übelkeit Erbrechen

## Bitte zeichnen Sie ein, wo die Schmerzen überwiegend auftreten:



## Auslöser der Kopfschmerzen:

Menstruation Stress Wochenende/Urlaub  
Alkohol Entspannung nach Stress bestimmte Kopfbewegungen keine  
andere, nämlich: \_\_\_\_\_

## Hat sich Ihr Sehvermögen in letzter Zeit verschlechtert?

Ja Nein

## Haben Sie in den letzten Monaten eine Kopfverletzung erlitten?

Ja Nein



Institut für  
Hausärztliche  
Fortbildung



Hausärztliche  
Praxis

**Was vermuten Sie als Ursache?**

---

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

Ja    Nein

Wann?

Ergebnis:

Computertomographie (CT) \_\_\_\_\_

Unauffällig

Auffällig

Kernspintomographie (MRT) \_\_\_\_\_

Unauffällig

Auffällig

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

(Bitte versuchen Sie, diese Frage so genau wie möglich zu beantworten!)

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gut

mäßig

schlecht

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gut

mäßig

schlecht

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

weniger als 5

6–10

10–15

mehr als 15

**Nehmen oder haben Sie Medikamente zur Kopfschmerzvorbeugung eingenommen?**

(z. B. Betablocker/Metoprolol; Topiramat; Flunarizin; Amitriptylin; Venlafaxin; Cymbalta etc.)

Name des Medikaments:

Dosierung:

Wirksamkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gut

mäßig

schlecht

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gut

mäßig

schlecht

**Haben Sie andere Behandlungen wegen der Kopfschmerzen erhalten?**

(z. B. Akupunktur; Krankengymnastik; Botulinumtoxin)

Nein

Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

**Machen Ihnen die Kopfschmerzen Angst?/Sorge?**

Ja

Nein

**Bei welchen spezialisierten Praxen sind Sie schon wegen ihrer Kopfschmerzen gewesen?**

\_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

