

# 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

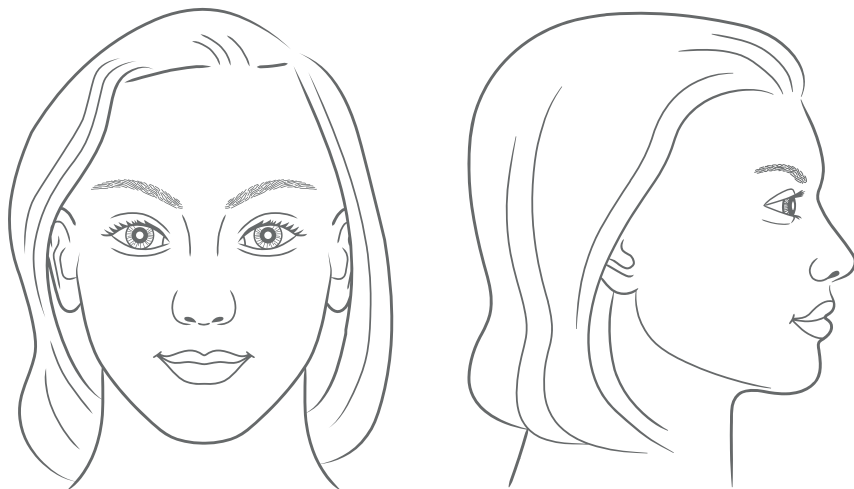
Verschieben sich einzelne Attacken in den frühen Morgen?  Nein  Ja

**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 schraffieren)**



**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
- 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                      |
- Nahrungsmittel, welche: \_\_\_\_\_
- Gerüche
- 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"/> <b>Schmerzmittel</b>	Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol	Novalgin®	
<input type="checkbox"/> <b>Mischanalgetika</b>	Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Coffein	Thomapyrin®	
<input type="checkbox"/> <b>Triptane</b>			
<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"/> <b>Opiate</b>	Tramadol, Tilidin/Naloxon, ...	Tramal® Valoron N®	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige:</b> _____			

**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/<br>Panikattacken        | <input type="checkbox"/> Magengeschwür,<br>Magenblutung |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen,<br>Asthma      | <input type="checkbox"/> Posttraumatische<br>Belastungsstörung | <input type="checkbox"/> chronische Bauchschmerzen      |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                           | <input type="checkbox"/> Essstörung                            | <input type="checkbox"/> Depression                     |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/<br>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.*