

# Kopfschmerz-Fragebogen (Erstvorstellung)



Universitätsklinikum  
Halle (Saale)

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

*um einen Überblick über Ihre Kopfschmerzen und die damit verbundenen Beeinträchtigungen zu erhalten, bitten wir Sie herzlich, diesen Bogen so genau wie möglich auszufüllen. Viele dieser Punkte werden im Arztgespräch mit Ihnen besprochen. Das ausgefüllte Dokument dient uns unter anderem als Grundlage und Vergleichspunkt für Therapien. Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach aus.*



Klinik und Poliklinik für  
Neurologie

Direktor:

Prof. Dr. Stephan Zierz

*Bitte drucken Sie die Blätter aus und bringen diese ausgefüllt zum Termin mit. Im Folgenden finden Sie eine Checkliste für den ersten Termin bei uns.*

## **Checkliste für Ihren ersten Termin in der Kopfschmerzambulanz**

- fachärztliche Überweisung
- Krankenkassenkarte
- ausgefüllter Kopfschmerz-Fragebogen (Seiten 2-7 dieses Dokuments)
- ausgefüllter Kopfschmerz-Kalender (Papier <https://www.dmkg.de/patienten/dmkg-kopfschmerzkalender> oder APP)
- relevante Arztbriefe
- schriftliche Untersuchungsbefunde und ggf. CDs (z.B. MRT des Kopfes)
- Liste der aktuell eingenommenen Medikamente
- Patienten die zur „**Integrierten Versorgung**“ überweisen werden bringen bitte zusätzlich eine Kopie der vollständig unterschriebenen Teilnahmeerklärung mit. Ansonsten ist die Behandlung i.R. der „Integrierten Versorgung“ nicht möglich.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Datum des Ausfüllens:

➤ 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/leiden an:

\_\_\_\_\_ (z.B. Migräne, Spannungskopfschmerz)

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

(Bitte summieren Sie **alle** Kopfschmerztage, also leichte, mittelschwere und starke Tage)

\_\_\_\_\_ Tage

➤ An wie vielen Tagen davon hatten Sie in den letzten 4 Wochen **mittelschwere oder starke** Kopfschmerzen?

\_\_\_\_\_ Tage

➤ An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzmittel (aller Art) gegen Kopfschmerzen eingenommen (mehrere Schmerzmittel an einem Tag zählen als 1 Tag)?

\_\_\_\_\_ Tage

➤ Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke ohne Schmerzmittel (Bereichsangabe möglich, z.B. 6-72 Stunden oder max. 10 Minuten)? \_\_\_\_\_

➤ Welche Begleiterscheinungen treten häufig während Kopfschmerz-Attacken auf?

Lichtempfindlichkeit  Geräuschempfindlichkeit  Geruchsempfindlichkeit

Ruhebedürfnis/Hinlegen  Unruhe/Bewegungsdrang/Umherlaufen

Übelkeit  Erbrechen  „wie ausgeknockt“/kann gar nichts mehr machen

Laufende Nase  Tränendes Auge

Schwindel  Verschwommensehen  überempfindliche Kopfhaut

Andere: \_\_\_\_\_

➤ Wird der Kopfschmerz häufig durch „normale“ körperliche Aktivität (z.B. beim Treppensteigen, beim Einkaufen) schlimmer?  Nein  Ja

➤ Wie würden Sie Ihre Kopfschmerzen hauptsächlich beschreiben?

stechend  pochend/hämmernd/klopfend

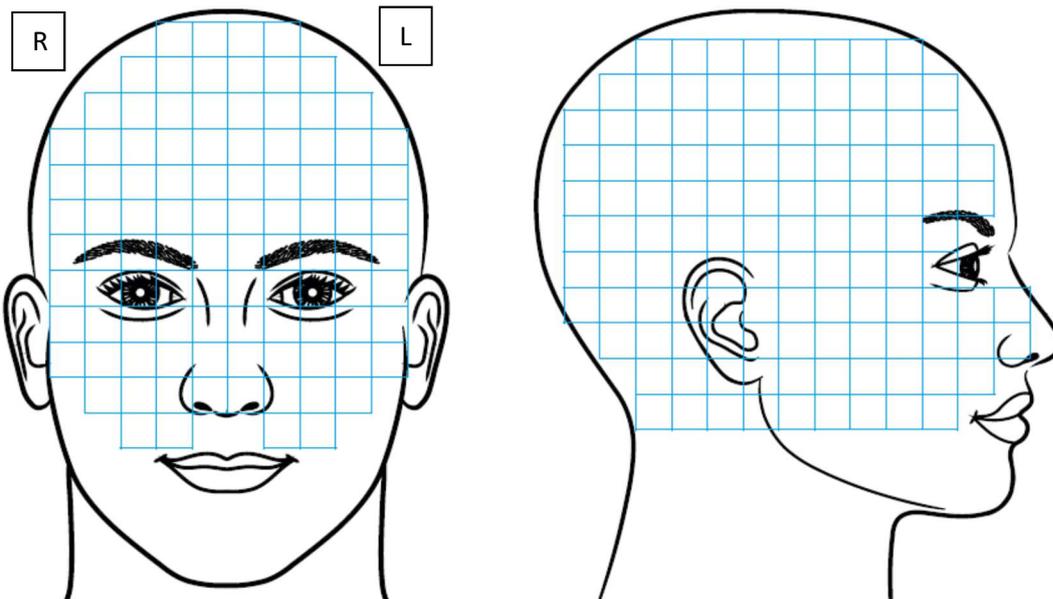
ziehend  drückend  wie ein Ring um den Kopf  vom Nacken ausgehend

blitzartig  brennend  Andere: \_\_\_\_\_

➤ Wie stark waren Ihre Kopfschmerz-Attacken 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 (1-10)? \_\_\_\_\_

- Zeigen die Kopfschmerzen eine Regelmäßigkeit im Auftreten (zum Beispiel immer um die gleiche Uhrzeit?  Nein  Ja – bitte ggf. Uhr-/Tageszeit angeben \_\_\_\_\_
- Treten mehrere Kopfschmerz-Attacken am Tag auf (zwischen den Attacken sind Sie schmerzfrei – falls nicht, bitte mit nein beantworten)?  Nein  Ja, wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_
- Kommt eine z.B. mit Schmerzmitteln behandelte Attacke häufig am selben Tag wieder?  Nein  Ja
- Wo treten die Kopfschmerzen häufig auf? (Bitte die zutreffenden Felder markieren)



- Haben Sie Auslöser oder Verstärker von Kopfschmerzen bei sich festgestellt (bitte ankreuzen)?
  - Stress  Stressabfall (z.B. Wochenende, erste Urlaubswoche)
  - Schlafmangel  Schichtdienst (insb. Nacht)  schwankende Schlafdauer
  - Alkohol  Nahrungsmittel \_\_\_\_\_  Gerüche
  - Menstruation
  - Andere: \_\_\_\_\_
- Kennen Sie wiederkehrende Symptome, die **direkt vor oder zu Beginn** einer Kopfschmerz-Attacke auftreten?  Nein  Ja, welche, ggf. wie lange anhaltend? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Leiden Sie häufig an Schlafstörungen?  Nein

- Einschlafstörungen     Durchschlafstörungen     nächtliches Schnarchen, Atempausen  
 Nächtliches Grübeln

➤ Wurden wegen Ihrer Kopfschmerzen weitere (technische) Untersuchungen durchgeführt?

- Nein  
 Computertomographie des Kopfes (CT)     Kernspintomographie des Kopfes (MRT)  
 Kernspintomographie der Halswirbelsäule (MRT)     EEG (sog. „Hirnströme“)  
 Nervenwasseruntersuchung (Lumbalpunktion)  
 ausführliche stationäre Abklärung (bitte in diesem Falle Unterlagen zum Termin mitbringen)

Andere: \_\_\_\_\_

➤ Haben Sie weitere Erkrankungen bzw. sind bereits Diagnosen gestellt wurden? **Falls Sie hierfür Medikamente einnehmen: Bitte bringen Sie einen aktuellen Plan zum Termin mit!**

- Nein  
 Depressionen     Angststörungen/Panikattacken  
 Bluthochdruck     Herzinfarkt     Schlaganfall     Vorhofflimmern     Thrombosen  
 Rheuma     Entzündliche Darmerkrankung (z.B. M. Crohn)  
 Nierenerkrankung     Lebererkrankung

Allergien \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ Nehmen Sie die Pille ein oder werden Sie hormonell behandelt?

- Nein  
 Ja, Präparat und Einnahmemodus (z.B. mit Pillenpause): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ Besteht aktuell oder in nächster Zeit ein Kinderwunsch?

- Nein     Ja

➤ Wurde schon einmal ein Rehabilitationsantrag aufgrund von Kopfschmerzen gestellt?

- Nein     Ja, bewilligt     Ja, abgelehnt

➤ Sind Sie häufig wegen Kopfschmerzen krankgeschrieben oder müssen die Arbeit vorzeitig beenden?

- Nein     Ja, ca. wie viele Tage im Monat (Bereichsangabe möglich): \_\_\_\_\_

- Tragen Sie bitte in die nachfolgende Tabelle die Medikamente ein, die Sie **zur Behandlung akuter Kopfschmerz-Attacken** einnehmen oder bereits (ohne Erfolg) eingenommen haben:

<b>Name des Wirkstoffes</b> (wenn bekannt Dosierung angeben)	<b>Wirksamkeit</b> (+ gut/sehr gut, (+) mäßig oder unterschiedlich, - schlecht)	<b>Verträglichkeit</b> (+ gut/sehr gut, (+) mäßig, - schlecht)
<input type="checkbox"/> Paracetamol		
<input type="checkbox"/> Ibuprofen		
<input type="checkbox"/> Aspirin/ASS		
<input type="checkbox"/> Metamizol/Novaminsulfon		
<input type="checkbox"/> Kombinationen (z.B. Thomapyrin)		
<input type="checkbox"/> Sumatriptan (z.B. Imigran)		
<input type="checkbox"/> Rizatriptan (z.B. Maxalt)		
<input type="checkbox"/> Zolmitriptan (z.B. AscoTop)		
<input type="checkbox"/> anderes Triptan (z.B. Allegro, Formigran, Relpax)		
<input type="checkbox"/> Opiat (z.B. Tilidin), Präparat:		
<input type="checkbox"/> Med. gegen Übelkeit (z.B. MCP, Vomex)		
<input type="checkbox"/> Andere (z.B. Sauerstoff, Carbamazepin)		

- Gibt es Kopfschmerzattacken, bei denen die Medikamente gar nicht helfen?
- Nein  Ja, etwa an wie vielen Tagen im Monat (seltener bitte <1 angeben): \_\_\_\_\_
- Wie nehmen Sie Medikamente bei Kopfschmerz-Attacken ein (Mehrfachauswahl möglich)?
- Ich nehme immer sofort Medikamente ein, wenn eine Attacke im Anflug ist
- Ich versuche, die Einnahme der Medikamente so weit wie möglich hinauszuzögern
- Wenn ich die Einnahme hinauszögere, geht die Attacke meist von selbst weg und ich muss später keine Medikamente einnehmen
- Ich nehme Medikamente nur bei schwereren oder schweren Attacken ein
- Ich versuche, erst eine niedrige Dosis eines Schmerzmittels einzunehmen und abzuwarten
- Ich habe Angst vor Nebenwirkungen der Medikamente
- Ich muss mir häufig Kopfschmerz-Medikamente freiverkäuflich über eine Apotheke besorgen

- Tragen Sie bitte in die nachfolgende Tabelle die Medikamente ein, die Sie **zur Prophylaxe von Kopfschmerzen** aktuell einnehmen oder bereits (ohne Erfolg) eingenommen haben.

*Fast alle Prophylaktika müssen täglich eingenommen werden. Bitte holen Sie Informationen über vorherige Behandlungen beim Hausarzt, Neurologen oder Psychiater ein, wenn Sie sich nicht mehr erinnern können. Damit können z.B. doppelte Behandlungen vermieden werden.*

<b>Präparat</b> (mit gebräuchlichen Handelsnamen)	<b>Dauer der Therapie</b> (z.B. 3 Monate)	<b>Maximal erreichte Dosis</b>	<b>Abgesetzt wegen</b> 1 – Nebenwirkungen 2 – unzureichender Wirkung 3 – nicht bekannt
<input type="checkbox"/> <b>β-Blocker</b> (z.B. Metoprolol/Metohexal/Beloc, Propranolol/Obsidan)			
<input type="checkbox"/> <b>Topiramate/Topamax</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Amitriptylin/Saroten/Amineurin</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Flunarizin/Natil/Flunavert</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Valproinsäure/Valproat/Ergenyl</b>			
<input type="checkbox"/> <b>BOTOX-Injektionen</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Antikörper</b> (Aimovig, Ajovy, Emgality)			
<input type="checkbox"/> <b>andere Antidepressiva</b> (Venlafaxin, Opipramol, Duloxetin/Cymbalta, Citalopram)			
<input type="checkbox"/> <b>Magnesium</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel</b> <input type="checkbox"/> <b>Pflanzliche Mittel</b> (z.B. Pestwurz/Petadolex)			
<input type="checkbox"/> <b>Andere</b> (z.B. Verapamil, Lithium/Quilonum, Carbamazepin, Pregabalin, Gabapentin)			

- Treiben Sie regelmäßig Ausdauersport?
- Nein  Ja, wie häufig (z.B. 2x pro Woche): \_\_\_\_\_
- Führen Sie regelmäßig Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training, Yoga) durch?
- Nein  Ja, bitte Art des Verfahrens und Häufigkeit angeben: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Haben Sie andere Therapien oder Heilmittel zur Behandlung von Kopfschmerzen eingesetzt?
- Nein
- Akupunktur/Akupressur  Osteopathie  Massagen oder manuelle Therapie
- Neuromodulation (z.B. TENS-Geräte, Cefaly-Gerät)
- andere: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Weitere Anmerkungen oder Informationen

**Nun haben Sie es geschafft!!**

**Herzlichen Dank** für das geduldige Ausfüllen des Fragebogens. Bitte bringen Sie diesen zum ersten Termin mit und legen ihn bei der Aufnahme vor. Der Fragebogen wird in unser System eingescannt.

Bei Fragen zum Termin oder zum Ablauf in der Sprechstunde melden Sie sich gerne

- bevorzugt per E-Mail unter [kopfschmerz@uk-halle.de](mailto:kopfschmerz@uk-halle.de)

- oder telefonisch unter der 0345 / 557 3340