

Name · Vorname

Geb.-Datum

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die richtige Kopfschmerzdiagnose zu stellen, ist es wichtig zu wissen, wie sich Ihr Kopfschmerz anfühlt. Beantworten Sie daher in Ruhe die folgenden Fragen.

- ▶ **1.** Seit wann haben Sie etwa mit diesen Kopfschmerzen zu tun?

---

- ▶ **2.** Haben sich Ihre Kopfschmerzen verschlechtert oder verändert, wenn ja seit wann?

---

- ▶ **3.** Wie treten Ihre Kopfschmerzen auf?

- Tage mit Kopfschmerzen und Tage ganz ohne Kopfschmerzen  
 Dauerkopfschmerz

- ▶ **4.** Wie lange hält eine unbehandelte Attacke üblicherweise an?

- Sekunden  bis zu 1 Tag  
 bis zu 15 Minuten  1-3 Tage  
 weniger als 2 Stunden  über 3 Tage  
 bis zu 4 Stunden

- ▶ **5.** Wie häufig treten Kopfschmerzen bei Ihnen auf?

\_\_\_ mal/Tag      \_\_\_ mal/Woche      \_\_\_ mal/Monat

- ▶ **6.** Wo spüren Sie Ihre Kopfschmerzen?

- Stirn/Schläfe  ganzer Kopf  eine Kopfhälfte  
 Wangen  Oberkopf/Scheitelbereich  Nacken/Hinterkopf

- ▶ **7.** Bei einseitigen Schmerzen: Was trifft für Sie zu?

- Der Schmerz ist immer auf derselben Seite  
 Die Seite kann von Attacke zu Attacke wechseln  
 Der Schmerz ist nicht immer einseitig

- ▶ **8.** Wie fühlt sich Ihr Kopfschmerz an? (Mehrfachauswahl möglich)

- dumpf  stechend  pulsierend  
 drückend  ziehend  hämmernd  
 brennend  bohrend



► **9.** Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen, wenn Sie kein Schmerzmittel nehmen?  
(0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz)

durchschnittlich	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
maximal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

► **10.** Welche Begleitsymptome haben Sie?

- Übelkeit und/oder Erbrechen
- Lichtüberempfindlichkeit
- Lärmüberempfindlichkeit
- andere:
- Geruchsüberempfindlichkeit
- Ruhebedürfnis
- Bewegungsdrang

► **11.** Verstärken körperliche Routineaktivitäten wie Treppensteigen Ihre Kopfschmerzen?

- ja
- nein
- manchmal

► **12.** Welche Begleitsymptome haben Sie?

- Sehstörungen (Flimmersehen, Blitze)
- Gefühlsstörungen (Taubheitsgefühle, kribbelnde Missempfindungen)
- Sprachstörungen (Wortfindungsstörungen, Verwenden „falscher Begriffe, Grammatikfehler)
- Lähmungserscheinungen
- andere:

► **13.** Wie stark ist Ihre Beeinträchtigung durch die Attacken?

- schwer (arbeitsunfähig)
- mäßig (deutliche Einschränkung der Alltagsaktivitäten)
- gering (Alltagsaktivitäten möglich)
- keine oder fast keine Einschränkungen

► **14.** Kennen Sie Auslöser für Ihre Kopfschmerzen?

- Stress
- Schlafmangel/Schichtarbeit
- Entspannung
- Alkoholkonsum
- Monatsblutung
- andere:

► **15.** Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Kopfschmerzen?

- Nein
- Ja  
welche: \_\_\_\_\_

► **16.** Haben Sie schon einmal vorbeugende Medikamente gegen Ihre Kopfschmerzen genommen?

- Nein
- Ja  
welche: \_\_\_\_\_