Kopfschmerzfragebogen

Patient Name: _____

Vorstellungstag: _____

1. Seit wann haben Sie Kopfschmerzen?
_____ Tage / _____ Wochen / _____ Monate / _____ Jahre

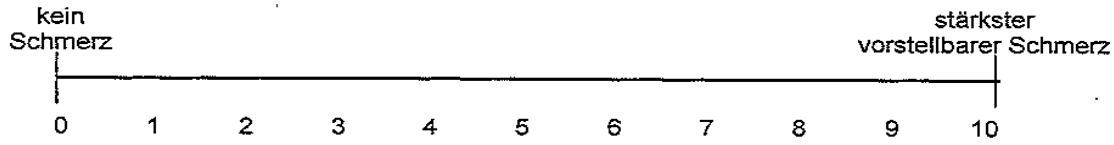
2. Wie häufig haben Sie Kopfschmerzen?
_____ täglich / _____ wöchentlich / _____ monatlich / _____ jährlich

3. Wieviele Kopfschmerztage haben Sie pro Monat?
_____ Tage.

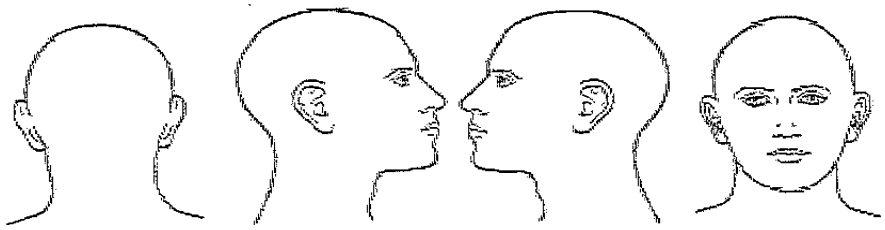
4. Wie ist der Schmerzcharakter? (bitte zutreffendes ankreuzen)
□ stechend □ pochend
□ dumpf-drückend □ ziehend

5. Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke?
_____ Sekunden / _____ Minuten / _____ Stunden / _____ Tage

6. Bitte geben Sie die Schmerzstärke der Kopfschmerzen an (bitte zutreffendes ankreuzen)



7. Wo sind die Kopfschmerzen? (bitte zeichnen Sie ein)



8. Treten zusätzlich zu den Kopfschmerzen auf (bitte ankreuzen)
□ Augenflimmern □ Augenschwellung
□ Schwäche Beine / Arme □ Augenrötung
□ Gefühlsstörungen □ Nasenlaufen
□ Sprachstörungen □ Augentränen
□ Gesichtsrötung □ Gesichtsschwellung
□ Licht- und Lärmempfindlichkeit □ Übelkeit
□ Erbrechen

9. Welche Medikamente nehmen Sie bei Kopfschmerzen ein? (bitte eintragen/ankreuzen, auch **früher** verwendete Medikamente mit Wirkung angeben)

_____ → Wirkung: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
sehr gut mittel gar nicht

_____ → Wirkung: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
sehr gut mittel gar nicht

_____ → Wirkung: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
sehr gut mittel gar nicht

_____ → Wirkung: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
sehr gut mittel gar nicht

9. An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Medikamente gegen Kopfschmerzen ein?

_____