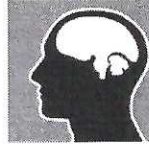


Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------



GEMEINSCHAFTSPRAXIS



DR. MED. MAX DEIST
 Facharzt für Neurologie Psychiatrie
 Psychotherapie

MICHAEL ERNST
 Facharzt für Neurologie Psychiatrie
 Psychotherapie
 Verkehrsmedizinische Qualifikation

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.

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 unserer Sprechstunde

- fachärztliche Überweisung
- Krankenkassenkarte
- ausgefüllter Kopfschmerz-Fragebogen (Seiten 2-7 dieses Dokuments)
- ausgefüllter Kopfschmerz-Kalender
- relevante Arztbriefe
- schriftliche Untersuchungsbefunde und ggf. CDs (z.B. MRT des Kopfes)
- Liste der aktuell eingenommenen Medikamente

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

- 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

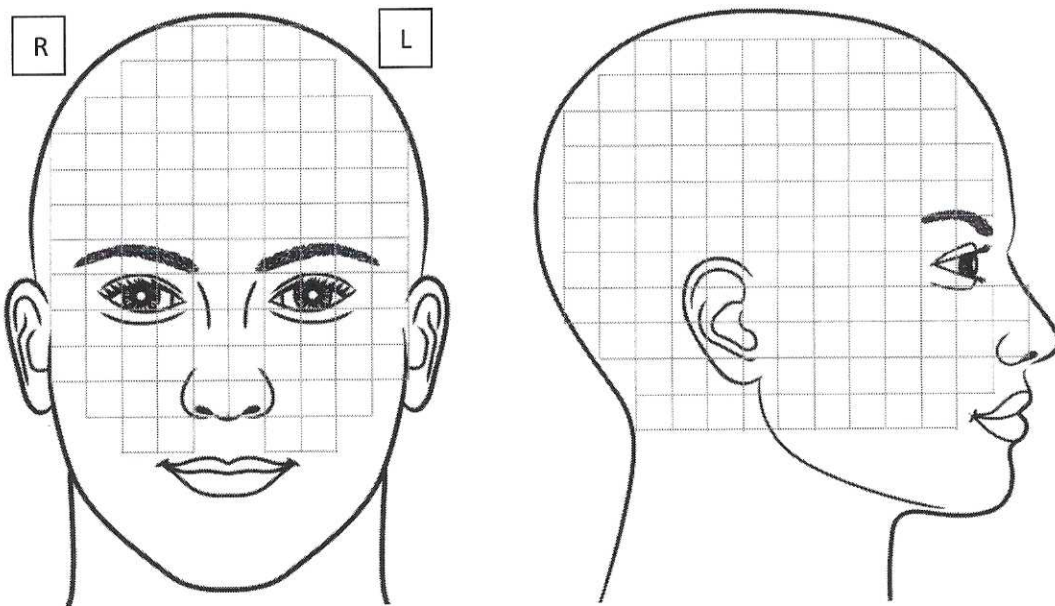
- Wie würden Sie Ihre Kopfschmerzen hauptsächlich beschreiben?

- stechend pochend/hämmernd/klopfend
 ziehend drückend wie ein Ring um den Kopf vom Nacken ausgehend
 blitzartig brennend Andere: _____

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

- 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)



Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

- 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 _____

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

- 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): _____

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

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

Name des Wirkstoffes (wenn bekannt Dosierung angeben)	Wirksamkeit (+ gut/sehr gut, (+) mäßig oder unterschiedlich, - schlecht)	Verträglichkeit (+ 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 herauszuzögern
 Wenn ich die Einnahme herauszögere, 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

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

- 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.

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

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Kopfschmerzfragebogen Erstvorstellung	Version 1
---	--	--------------

- 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.