

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Überprüfung Ihrer Kopfschmerzbehandlung braucht Ihr Arzt einige aktuelle Informationen. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten aus.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Arzttermin mit:

- diesen Fragebogen
- Ihren Kopfschmerzkalender (Ausdruck aus der DMKG-App oder Vordruck auf der letzten Seite, möglichst über 3 Monate)
- neue Befunde der Bildgebung und sonstiger Untersuchungen in Zusammenhang mit Ihren Kopfschmerzen

Datum:

Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum: Tag/ Monat/ Jahr Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich männlich divers

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

Kopfschmerzdaten

Bitte beantworten Sie die nächsten Fragen für den Durchschnitt der letzten 3 Monate:

Tage mit Kopfschmerzen (leichte mitgezählt): Tage pro Monat

Tage mit starken Kopfschmerzen: Tage pro Monat

Tage mit Einnahme von Schmerzmitteln oder Triptanen: Tage pro Monat

Ausfall bei Arbeit oder Schule (wegen Kopfschmerzen): Tage pro Monat

Ausfall in Haushalt und Freizeit (wegen Kopfschmerzen): Tage pro Monat

Durchschnittliche Kopfschmerzstärke: 0 - 10
0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie oft ist Folgendes in den letzten 3 Monaten vorgekommen:

Arztbesuch wegen Kopfschmerzen: Mal in den letzten 3 Monaten
(Hausarzt oder Facharzt, Abholung eines Rezepts zählt auch)

Besuch in Notaufnahme wegen Kopfschmerzen: Mal in den letzten 3 Monaten

Patientenname:



Wurde eine neue Bildgebung vom Kopf durchgeführt?

Ja

Nein

Falls ja, welche?

- 1. MRT CT Wann? Ergebnis: unauffällig auffällig
- 2. MRT CT Wann? Ergebnis: unauffällig auffällig
- 3. MRT CT Wann? Ergebnis: unauffällig auffällig

Medikamente

Welche Kopfschmerzmedikamente nehmen Sie aktuell ein?

Attackenmedikation (Akuttherapie) und vorbeugende Medikation (Prophylaxe)

Name + Dosis	Beginn (Monat/ Jahr)	Ich nehme das Medikament <u>regelmäßig</u>			Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	Wirkung gut / mittel / schlecht
		Täglich: Einnahmeschema	1x/ Monat	Alle 3 Monate	An wie vielen Tagen pro Monat?	

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

Name + Dosis	Einnahmeschema	Grund

Patientenname:



Sonstige Kopfschmerzbehandlung

Verwenden Sie aktuell **nichtmedikamentöse Verfahren oder Neurostimulationsverfahren** zur Behandlung ihrer Kopfschmerzen?

Verfahren	Welches Verfahren?	Wie oft / Woche?
<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Ausdauersport		
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren		
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Massage		
<input type="checkbox"/> Akupunktur		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> Biofeedback		
<input type="checkbox"/> Neurostimulation		
<input type="checkbox"/> Osteopathie		
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker		
<input type="checkbox"/> anderes		
<input type="checkbox"/> anderes		

Haben Sie seit der letzten Vorstellung wegen Ihrer Kopfschmerzen eine **stationäre, ambulante oder tagesklinische Schmerztherapie** gemacht? Falls ja, füllen Sie bitte aus:

Name der Einrichtung	Beginn der Behandlung	Dauer der Behandlung
	Monat / Jahr	Tage
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

Begleiterkrankungen

Sind bei Ihnen seit der letzten Vorstellung neue Erkrankungen aufgetreten? Falls ja, welche?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Patientenname:



Sozialanamnese

Ihre Berufsbezeichnung:

Sind Sie aktuell berufstätig?

- Ja, in Vollzeit
- Ja, in Teilzeit Stunden/Woche
- Nein

Trifft einer oder mehrere der folgenden Punkte auf Sie zu? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Durchgehend arbeitsunfähig geschrieben seit > 6 Wochen
- Arbeitslos, seit:
- Erwerbsunfähigkeitsrente, seit:
- Teilrente Vollrente befristet unbefristet
- Grad der Behinderung (GdB) anerkannt
- Grad der Behinderung (GdB) gesamt: seit:
- Grad der Behinderung (GdB) wegen Kopfschmerzerkrankung: seit:

Fragebögen – PGIC

In den letzten 3 Monaten hat sich mein Zustand insgesamt:

- sehr deutlich gebessert
- deutlich gebessert
- leicht gebessert
- weder gebessert noch verschlechtert
- leicht verschlechtert
- deutlich verschlechtert
- sehr deutlich verschlechtert

Fragebögen – DASS

Fragen zu Ihrem Befinden						
Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage <u>während der letzten Woche</u> auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.						
0 Traf gar nicht auf mich zu 1 Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal 2 Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft 3 Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit						
1.	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2.	Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3.	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4.	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5.	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6.	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7.	Ich zitterte (z. B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8.	Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9.	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10.	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11.	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12.	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13.	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14.	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15.	Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16.	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17.	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18.	Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19.	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20.	Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21.	Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

DASS© Nilges, Korb, Essau 2012

Summen:	D	
	A	
	S	

D: auffällig ≥ 11 Punkte

A: auffällig ≥ 7 Punkte

S: auffällig ≥ 11 Punkte

Fragebögen – MIDAS

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten 3 Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Wenn Sie eine Tätigkeit in den vergangenen 3 Monaten nicht ausgeführt haben, tragen Sie eine Null ein.

Bitte beachten Sie, dass sich die Angaben auf **3 Monate** beziehen, **nicht auf 1 Monat**.

1. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen oder haben in der Schule gefehlt? Tage
2. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu) Tage
3. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten? Tage
4. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu) Tage
5. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können? Tage

Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS): Stewart WF et al. Neurology 1999; 53:988

Summe:	<input type="text"/>
--------	----------------------

- 0-5 Punkte Grad I (wenig oder keine Beeinträchtigung)
- 6-10 Punkte Grad II (geringe Beeinträchtigung)
- 11-20 Punkte Grad III (mäßige Beeinträchtigung)
- >20 Punkte Grad IV (schwere Beeinträchtigung)

Fragebögen – Aktueller Gesundheitszustand und Lebensqualität

Wie gut war Ihre Gesundheit in den letzten 4 Wochen?

Bitte kreuzen Sie den Wert an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = schlechteste Gesundheit

10 = beste Gesundheit

Wie gut war Ihre Lebensqualität (in Bezug auf Ihre Gesundheit) in den letzten 4 Wochen?

Bitte kreuzen Sie den Wert an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = schlechteste Lebensqualität

10 = beste Lebensqualität

Kopfschmerzkalender



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

www.dmkg.de

Ihre Akutmedikamente:

A: _____
 B: _____
 C: _____

Ihre Prophylaxe:

D: _____
 E: _____
 F: _____

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte
 (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

Auslöser für Ihren Kopfschmerz:

1. Aufregung/Stress
 2. Erholungsphase
 3. Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
 4. Menstruation
 5. Ihr persönlicher Auslöser:
- _____

Migräneaura:

- F**S Flimmersehen
 - G** Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
 - S** Sprachstörung
 - O** Anderes Symptom:
- _____

Anderer Begleitsymptome:

- T** Augentränen
- R** Augenrötung
- N** Laufende/verstopfte Nase

Kennen Sie schon unseren Kopfschmerzkalender fürs Smartphone?

Die DMKG-App gibt es kostenlos für Android und iOS.

Tag	Schmerzart und Ort								Begleitsymptome						Akutmedikament und Dosis	Wirkung			Bemerkung
	Kopfschmerzen (x=Ja)	Stärke	Dauer (Stunden)	Pulsierend/pochend	Dampf/drückend	Einseitig	Beidseitig	Auslöser	Migräneaura	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchsempfindlich		Anderer Symptome	Gut	Mittel	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			