

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 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

0 - 10

Tage pro Monat

Tage pro Monat

Tage pro Monat

Tage pro Monat

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

**Wurde eine neue Bildgebung vom Kopf durchgeführt?**

Ja

Nein

Falls ja, welche?

1. MRT	CT
2. MRT	CT
3. MRT	CT

Wann?

Ergebnis: unauffällig  
Ergebnis: unauffällig  
Ergebnis: unauffällig

auffällig  
auffällig  
auffällig

## **Medikamente**

**Welche Kopfschmerzmedikamente nehmen Sie aktuell ein?**

Attackenmedikation (Akuttherapie) und vorbeugende Medikation (Prophylaxe)

**Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?**

## Sonstige Kopfschmerzbehandlung

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

Verfahren	Welches Verfahren?	Wie oft / Woche?
Regelmäßiger Ausdauersport		
Entspannungsverfahren		
Physiotherapie		
Massage		
Akupunktur		
Psychotherapie		
Biofeedback		
Neurostimulation		
Osteopathie		
Heilpraktiker		
anderes		
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

## Begleiterkrankungen

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


## 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: [Redacted]  
 Erwerbsunfähigkeitsrente, seit: [Redacted]  
     Teilrente    Vollrente    befristet    unbefristet  
 Grad der Behinderung (GdB) anerkannt  
    Grad der Behinderung (GdB) gesamt: [Redacted] seit: [Redacted]  
    Grad der Behinderung (GdB) wegen Kopfschmerzerkrankung: [Redacted] seit: [Redacted]

## 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 während der letzten Woche 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	[REDACTED]
	A	[REDACTED]
	S	[REDACTED]

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? [REDACTED] 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) [REDACTED] Tage
3. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten? [REDACTED] 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) [REDACTED] Tage
5. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können? [REDACTED] Tage

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

Summe:	[REDACTED]
--------	------------

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

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

1 = schlechteste Lebensqualität

10 = beste Lebensqualität

# Kopfschmerzkalender

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:  
\_\_\_\_\_

**Andere 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.**

Name: \_\_\_\_\_

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

[www.dmkg.de](http://www.dmkg.de)

Schmerzart und Ort				Begleitsymptome					Wirkung			Bemerkung							
Tag	Kopfschmerzen (x=ja)	Stärke	Dauer (Stunden)	Pulsierend/pochend	Dumpf/drückend	Einseitig	Beidseitig	Auslöser	Migräneaura	Übelkeit	Erbrechen	Lärmschrei	Lichtscheu	Geruchsempfindlich	Andere Symptome	Akutmedikament und Dosis	Gut	Mittel	Schlecht
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																			