

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
falls bei Ihnen ein Clusterkopfschmerz diagnostiziert wurde, füllen Sie bitte zusätzlich zum allgemeinen Kopfschmerzfragebogen diesen Zusatzbogen aus.
Statt des allgemeinen Kopfschmerzkalenders füllen Sie bitte den Clusterkopfschmerzkalender aus (Vordruck siehe letzte Seite) oder nutzen die DMKG Cluster-App.

Datum:

Name:

Geburtsdatum: Tag/ Monat/ Jahr

Clusterkopfschmerzdaten

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf Ihre Clusterkopfschmerzattacken in der letzten Woche:

Anzahl Attacken: in der letzten Woche

Anzahl Anwendungen Akutmedikation: in der letzten Woche

Mittlere Dauer der Attacken: Minuten

Mittlere Stärke der Attacken 0 – 10
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Seite der Attacken: immer links immer rechts wechselnd keine Angabe

Falls Sie aktuell **keine** Attacken haben, wann war Ihre letzte Phase mit Attacken? von – bis (Monat/Jahr)

Falls Sie aktuell Attacken haben, wann war die letzte Pause von mindestens 3 Monaten? von – bis (Monat/Jahr)

Patientenname:



Fragebogen – CHIQ

Dieser Fragebogen soll Ihre **AKTUELLE** Beeinträchtigung durch den Clusterkopfschmerz beschreiben. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die Antwort an, die Ihren Zustand **IN DER LETZTEN WOCH**e am besten beschreibt.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Immer
Wie oft waren Sie durch Ihre Kopfschmerzen im Beruf, bei der Hausarbeit oder sonstigen Verpflichtungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie durch Ihre Kopfschmerzen in Ihrem Familienleben, bei Freizeitaktivitäten oder sozialen Kontakten eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie sich aufgrund von nächtlichen Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für Ihre täglichen Aktivitäten gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie sich aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Kopfschmerzattacken nicht getraut, etwas zu planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft konnten Sie auch zwischen den Attacken nicht klar denken oder sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft kam es im Rahmen von Kopfschmerzen zu einem selbstverletzenden Verhalten (z.B. Schläge gegen den Kopf, auf die Wange beißen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich aufgrund der Kopfschmerzen als eine Belastung für Ihr Umfeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen – CHIQ: Kamm, Straube, Ruscheweyh 2022 J Headache Pain 23:37

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

CHIQ:	
0-4 Punkte	Grad 1 (keine oder leichte Beeinträchtigung)
5-14 Punkte	Grad 2 (mäßige Beeinträchtigung)
14-23 Punkte	Grad 3 (schwere Beeinträchtigung)
24-29 Punkte	Grad 4 (sehr schwere Beeinträchtigung)
30-40 Punkte	Grad 5 (extreme Beeinträchtigung)

Patientenname:



Nur bei Erstvorstellung auszufüllen

Wann war Ihre erste Clusterkopfschmerzattacke? Monat / Jahr

Wo sind Ihre Kopfschmerzen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> an der Stirn | <input type="checkbox"/> am Oberkopf |
| <input type="checkbox"/> am Hinterkopf | <input type="checkbox"/> hinter dem Auge oder um das Auge herum |
| <input type="checkbox"/> an der Schläfe | <input type="checkbox"/> am ganzen Kopf |

Welche Zusatzsymptome haben Sie während der Attacke, nur auf der Seite der Attacke?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augentränen | <input type="checkbox"/> Nasenlaufen oder verstopfte Nase |
| <input type="checkbox"/> Augenrötung | <input type="checkbox"/> Schwitzen an Stirn oder Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Geschwollenes Augenlid | <input type="checkbox"/> verkleinerte Pupille oder herabhängendes Augenlid |

Sind Sie während der Attacken unruhig? Ja Nein

Clusterkopfschmerzkalender



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Name: _____

Monat: _____

Jahr: _____

www.dmk.de

Tag	Anzahl * Attacken / Tag	Dauer (Minuten)	Schmerzstärke** (0 – 10)	Akutmedikation	Wirkung: ++ gut, + mittel, - schlecht	Prophylaxe und Dosis	Bemerkungen
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							

Akutmedikation:

1) _____

2) _____

3) _____

Prophylaxe:

1) _____

2) _____

3) _____

**Kennen Sie schon
unseren Kopfschmerzkalender
fürs Smartphone?**

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

* Die Anzahl der Attacken können Sie auch als Strichliste führen. ** Schmerzstärke: 0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Weitere Kalenderblätter unter <https://www.dmk.de/patienten/dmkg-kopfschmerzkalender>