



Name : _____ Geb. Datum: _____

Sie suchen unsere Praxis wegen Kopfschmerzen auf. Es gibt viele Arten und Ursachen von Kopfschmerzen, die ganz verschieden behandelt werden. Nur bei genauer Erfassung aller Aspekte ihrer Beschwerden ist eine richtige Einordnung und die Auswahl einer geeigneten Behandlung möglich. Hierbei soll der vorliegende Fragebogen helfen. Bitte füllen Sie den Bogen schon vor dem Arztgespräch aus und geben Sie ihn wieder an der Anmeldung ab.

1. Seit wann haben Sie Kopfschmerzen?

2. Handelt es sich um einen

Dauerkopfschmerz

anfallsartigen Kopfschmerz

3. Durchschnittlich wie oft haben Sie Kopfschmerzen?

Pro Woche:

Pro Monat:

4. Treten die Kopfschmerzen regelmäßig oder in sehr wechselnder Häufigkeit auf?

5. Haben sich Art und Häufigkeit in letzter Zeit verändert?

6. Bei anfallsartigen Kopfschmerzen: Wie lange halten die Kopfschmerzen in der Regel an?

Beginnen die Kopfschmerzen

plötzlich ?

allmählich ?

7. Wo sitzen die Schmerzen? z.B. rechts, links, beidseitig, Stirn, Nacken usw.

Bitte die Rückseite auch ausfüllen!

8. Bestehen Begleiterscheinungen?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Lichtscheu | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Gesichtsrötung |
| <input type="checkbox"/> Nasenfluß | <input type="checkbox"/> Tränenfluß | <input type="checkbox"/> Augenrötung |
| <input type="checkbox"/> Andere: | | |

9. Auslöser:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wettereinflüsse | <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Speisen | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> „Pille“ |
| <input type="checkbox"/> sonstige Medikamente | <input type="checkbox"/> psychische Auslöser (z.B. Stress, Aufregung) | |

10. Wie heftig sind Ihre Kopfschmerzen?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unerträglich | <input type="checkbox"/> mittelgradig |
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> leicht |

11. Sind Sie in Ihrem Beruf oder Ihrer Freizeit regelmäßig irgendwelchen chemischen Stoffen ausgesetzt (z.B. Lacke, Dämpfe, Lösungsmittel usw.)?

12. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag und was?

13. Nehmen Sie häufig oder regelmäßig Schmerzmittel? Andere Medikamente?

14. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Unfälle mit Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Zähne / Wurzeln |

15. Erfolgten in den letzten zwei Monaten Untersuchungen durch

- | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| den Augenarzt | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|

den Hals-Nasen-Ohren-Arzt

JA

NEIN

16. Waren Sie in letzter Zeit außergewöhnlichen seelischen Belastungen ausgesetzt?

17. Leiden Ihre nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister usw.) unter Kopfschmerzen?