

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Vorbereitung Ihrer Kopfschmerzbehandlung braucht Ihr Arzt einige 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)
- Ergebnisse und 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

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten? (Monat / Jahr)

Wurde bei Ihnen bereits eine Diagnose bzgl. Ihrer Kopfschmerzen gestellt? Ja Nein

Falls ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie weitere Personen mit Kopfschmerzen? Ja Nein

Falls ja, bei wem?

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

Patientenname:



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 Bildgebung vom Kopf durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, welche?

- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|------------------------------------|
| 1. MRT <input type="checkbox"/> | CT <input type="checkbox"/> | Wann? <input type="text"/> | Ergebnis: <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig |
| 2. MRT <input type="checkbox"/> | CT <input type="checkbox"/> | Wann? <input type="text"/> | Ergebnis: <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig |
| 3. MRT <input type="checkbox"/> | CT <input type="checkbox"/> | Wann? <input type="text"/> | Ergebnis: <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig |

Fragebogen zu Migräne-Charakteristika Ihrer Kopfschmerzen

	Ja	Nein	Kriterien für Migräne ohne Aura
Solche Kopfschmerzattacken hatte ich in meinem Leben schon mindestens 5 Mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A → Ja
Meine Kopfschmerzen...			
... dauern (ohne Schmerzmittel) meistens zwischen 4 Stunden und 3 Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B → Ja
... können mittelstark bis stark sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C Mind. 2/4: → Ja
... können einseitig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... können pochend-pulsierend sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... können sich beim Treppensteigen oder anderer leichter körperlicher Anstrengung verstärken oder dazu führen, dass ich Anstrengung vermeide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... können von Übelkeit und/oder Erbrechen begleitet sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Mind. 1/2: → Ja
... können von Lichtempfindlichkeit und Lärmempfindlichkeit begleitet sein (beides zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ja Nein
	A – D alle erfüllt?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

entsprechend den Kriterien für Migräne ohne Aura der Internationalen Kopfschmerzklassifikation (ICHD-3) (ichd-3.org/de)

Patientenname:



Bitte beschreiben Sie Ihre Kopfschmerzen:

Durchschnittliche Kopfschmerzstärke: 0 – 10
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Meine Kopfschmerzen sind...

- anfallsartig kontinuierlich durchgehend vorhanden

Falls anfallsartig: Die typische Dauer **ohne** Schmerzmittel beträgt

- 4 Stunden bis 3 Tage < 3 Stunden andere, nämlich:

Meine Kopfschmerzen sind...

- immer beidseitig manchmal einseitig immer einseitig

Falls einseitig: Meine Kopfschmerzen sind

- immer links immer rechts mal rechts, mal links

Falls immer auf derselben Seite: Ich habe zusätzlich **während der Attacken, nur auf der Kopfschmerzseite ...**

- Augentränen geschwollenes Augenlid
 starke Augenrötung Schwitzen an Stirn oder Gesicht
 laufende oder verstopfte Nase verkleinerte Pupille oder herabhängendes Augenlid

Meine Kopfschmerzen sind...

(bitte jeweils alles Zutreffende ankreuzen)

- an der Stirn
 am Hinterkopf
 an der Schläfe
 am Oberkopf / im Bereich des Scheitels
 hinter dem Auge oder um das Auge herum
 am ganzen Kopf

- drückend
 pulsierend / pochend
 stechend
 brennend
 anders, nämlich:

Meine Kopfschmerzen sind öfter begleitet von...

(bitte jeweils alles Zutreffende ankreuzen)

- Geruchsempfindlichkeit
 Lärmempfindlichkeit
 Lichtempfindlichkeit
 Konzentrationsstörungen
 Müdigkeit/Erschöpfung
 Schwindel
 weitere, nämlich:

Vor oder während meiner Kopfschmerzen treten gelegentlich oder öfter auf...

- Sehstörungen (z.B. Flimmersehen)
 Gefühlsstörungen, wie Taubheit oder Kribbeln
 Sprachstörungen

Patientenname:



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

Welche Kopfschmerzmedikamente haben Sie in der Vergangenheit bereits versucht?

Attackenmedikation (Akuttherapie) und vorbeugende Medikation (Prophylaxe)

Name	Maximale (Tages-) Dosis	Beginn (Monat/ Jahr)	Ende (Monat/ Jahr)	Abgesetzt wegen?		
				Unwirk- samkeit	Neben- wirkungen	anderer Grund

Patientenname: _____



Sonstige Kopfschmerzbehandlung

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

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

Haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen bereits 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

Patientenname:



Begleiterkrankungen

Sind bei Ihnen außer den Kopfschmerzen noch andere Erkrankungen bekannt (aktuell oder in der Vergangenheit)? (Zutreffendes bitte anhaken. Mehrfachauswahl möglich)

Herz-/Gefäßerkrankungen

- Arterielle Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
- Koronare Herzkrankheit (KHK)/Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Vorhofflimmern
- Herzschrittmacher oder Defibrillator
- andere Herzerkrankung:

Andere Schmerzerkrankungen

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- chronische Schmerzen der Halswirbelsäule
- Fibromyalgie
- Bruxismus (Zähneknirschen)
- chronischer Schmerz bei Arthrose

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Erhöhtes Cholesterin oder erhöhte Blutfette
- Schilddrüsenunterfunktion

Krebserkrankungen

Krebsart:

Sonstige

- Asthma bronchiale
- erhöhte Nierenwerte
- erhöhte Leberwerte
- Magenschleimhautentzündung
- Magenblutung
- Glaukom (Grüner Star)
- Rheumatische Erkrankung
- Epilepsie

Allergien

- Heuschnupfen
- Allergien gegen Medikamente
- andere Allergien:

Andere Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

- Depression
- Angstzustände/Panikattacken
- Schlafstörung
- andere psychische Erkrankung

Operationen

Rauchen

- keine Angabe Nein Ja

Wieviel?

Alkohol

- keine Angabe nie selten

1x/Woche oder häufiger

Wieviel?

Patientenname: _____



Sozialanamnese

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Alter der Kinder: _____

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 – 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

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
2.	Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
3.	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
4.	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
5.	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
6.	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
7.	Ich zitterte (z. B. an den Händen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
8.	Ich fand alles anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
9.	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
10.	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
11.	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
12.	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
13.	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
14.	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
15.	Ich fühlte mich einer Panik nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
16.	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
17.	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
18.	Ich fand mich ziemlich empfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S
19.	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
20.	Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
21.	Ich empfand das Leben als sinnlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D

DASS© Nilges, Korb, Essau 2012

Summen:	D	0
	A	0
	S	0

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 Tage zur Arbeit gegangen oder haben in der Schule gefehlt?
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? Tage
(Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu)
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? Tage
(Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu)
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)

Wir möchten den DMKG-Kopfschmerzfragebogen gerne weiter verbessern – dazu brauchen wir Ihre Mitarbeit! Wir würden uns daher freuen, wenn Sie an einer kurzen Umfrage teilnehmen – es sind nur wenige Fragen und die Möglichkeit, Ihre Anregungen und Kritik zu hinterlassen.

Über den QR-Code rechts oder über den Link <https://s2survey.net/dmkg-umfrage1/> gelangen Sie direkt zur Umfrage.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Kopfschmerzkalender

Name: _____ Monat: _____ Jahr: _____

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:

- FS** Flimmernsehen
- 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.**

Tag	Schmerzart und Ort								Begleitsymptome						Wirkung			Bemerkung		
	Kopfschmerzen (x = Ja)	Stärke	Dauer (Stunden)	Pulsierend/pochend	Dampf/drückend	Einseitig	Beidseitig	Auslöser	Migräneaura	Übelkeit	Erbrechen	Lärmschauen	Lichtschauen	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																				