

Kopfschmerz-Fragebogen

nach Prof. H. Göbel, Kiel

A. Persönliche Daten

Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Datum:	

B. Kopfschmerz-Anamnese

Seit wann bestehen Kopfschmerzen? _____

Wie häufig pro Monat? _____

Wann war die erste Episode? _____

C. Medikamentenanamnese

Welche Schmerzmittel oder Medikamente nehmen Sie ein? Bitte Name, Dosierung und Wirkung angeben:

D. Bisherige Behandlungen

Welche Therapien haben Sie bereits ausprobiert
(z. B. Physiotherapie, Akupunktur, Psychotherapie, Entspannungsverfahren)?

E. Ärztliche Konsultationen

Bei welchen Ärztinnen/Ärzten waren Sie bereits in Behandlung?
(Mehrfachauswahl möglich)

☐ Hausarzt ☐ Neurologe ☐ Schmerztherapeut ☐ Orthopäde ☐ Augenarzt ☐ HNO

☐ Zahnarzt ☐ Andere: _____

F. Begleiterkrankungen

Bestehen weitere Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Depression, Schlafstörungen)?

Spezifische Fragen

Einstieg

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder ähnlich aussehen?

- ☒ Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- ☒ Anfallsweise (zwischen den Anfällen beschwerdefrei)
- ☒ Einseitiges Auftreten
- ☒ Pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- ☒ Begleitsymptome möglich: Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit

👉 Wenn JA → bitte beantworten Sie die Fragen im Abschnitt A: Migräne

👉 Wenn NEIN → bitte gehen Sie direkt zu Abschnitt B: Spannungskopfschmerz

A. Fragen bei Migräne

1. Können sich die Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken? ☐ Ja ☐ Nein
2. Haben die Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter? ☐ Ja ☐ Nein
3. 3. Beeinträchtigen die Kopfschmerzen Ihre Tagesaktivität erheblich? ☐ Ja ☐ Nein
4. Verstärken sich die Kopfschmerzen durch körperliche Aktivität (z. B. Treppensteigen)? ☐ Ja ☐ Nein
5. Treten Übelkeit auf? ☐ Ja ☐ Nein
6. Treten Erbrechen auf? ☐ Ja ☐ Nein
7. Kommt es zu Lichtempfindlichkeit? ☐ Ja ☐ Nein
8. Kommt es zu Lärmempfindlichkeit? ☐ Ja ☐ Nein
9. Hatten Sie mindestens 5 solcher Attacken? ☐ Ja ☐ Nein
10. Wie lange leiden Sie schon an solchen Kopfschmerzen? _____ Jahre
11. An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie im Durchschnitt solche Attacken? _____ Tage

B. Fragen bei Spannungskopfschmerz

12. Dauern Ihre Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis 7 Tage, wenn Sie keine Medikamente nehmen? ☐ Ja ☐ Nein
13. Haben diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden oder ziehenden Charakter? ☐ Ja ☐ Nein
14. Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer normalen Tagesaktivität nachgehen? ☐ Ja ☐ Nein
15. Treten die Kopfschmerzen beidseitig auf? ☐ Ja ☐ Nein
16. Bleiben die Kopfschmerzen durch körperliche Aktivität unverändert? ☐ Ja ☐ Nein
17. Treten Übelkeit auf? ☐ Ja ☐ Nein
18. Treten Erbrechen auf? ☐ Ja ☐ Nein
19. Kommt es zu Lichtempfindlichkeit? ☐ Ja ☐ Nein
20. Kommt es zu Lärmempfindlichkeit? ☐ Ja ☐ Nein
21. Hatten Sie mindestens 10 solcher Kopfschmerz-Episoden? ☐ Ja ☐ Nein
22. Leiden Sie schon länger als 6 Monate an diesen Kopfschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
23. An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie im Durchschnitt diese Kopfschmerzen? _____ Tage

C. Mögliche Auslöser (für beide Typen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Intensive Gerüche |
| <input type="checkbox"/> Schlafmangel oder spätes Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Körperliche oder geistige Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> Langes Ausschlafen | <input type="checkbox"/> Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Auslassen von Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Reisen |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Wetterumschwung / Klimawechsel | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lärm | |
| <input type="checkbox"/> Helles Licht | |

Weitere Anmerkungen