

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. 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)

- Stress Intensive Gerüche
- Schlafmangel oder spätes Zubettgehen Körperliche oder geistige Erschöpfung
- Langes Ausschlafen Menstruation
- Auslassen von Mahlzeiten Reisen
- Alkohol Medikamente
- Wetterumschwung / Klimawechsel Andere: _____
- Lärm
- Helles Licht

Weitere Anmerkungen