



## Kopfschmerzfragebogen

**Name / Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

Nehmen Sie Ihre Kopfschmerzen unter die Lupe, und beantworten Sie die folgenden zehn Fragen mit JA oder mit NEIN

JA      NEIN

1. Leiden Sie unter Kopfschmerzanfällen, die zwischen 4 und 72 Stunden andauern können, wenn Sie kein Medikament einnehmen (würden) oder wenn eine Behandlung erfolglos blieb ?
2. Treten diese Kopfschmerzen häufig einseitig, manchmal auch wechselnd von einer Seite auf die andere auf ?
3. Spüren Sie bei diesen Kopfschmerzen einen pulsierenden oder pochenden Schmerz, zum Beispiel in der Schläfenregion ?
4. Sind Ihre Kopfschmerzen gelegentlich oder immer mit Übelkeit oder Erbrechen verbunden ?
5. Treten Ihre Kopfschmerzen gelegentlich oder häufig auf, nachdem Sie zuvor Sehstörungen gehabt haben.
6. Haben Sie während der Kopfschmerzen schon einmal Sprachstörungen oder Gefühlsstörungen in mehreren Körperteilen erfahren ?
7. Sind Ihre Kopfschmerzen von Lärm- und Lichtempfindlichkeit begleitet ?
8. Können sich Ihre Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch eine andere körperliche Aktivität verstärken ?
9. Haben Sie beobachtet, dass Ihre Kopfschmerzen gelegentlich oder häufig durch etwas Bestimmtes (zum Beispiel Nahrungsmittel, Alkohol, Regelblutung usw.) ausgelöst werden ?
10. Wachen Sie gelegentlich oder häufig am frühen Morgen oder aus dem Schlaf heraus mit Kopfschmerzen auf ?

### Auswertung der Fragen 1 – 10

Wenn Sie alle Fragen mit JA beantwortet haben, leiden Sie vermutlich unter Migräne. Die Fragen 5 und 6 weisen auf eine besonders schwere Form der Migräne hin. Für die Diagnose „Migräne“ sollten Sie mindestens zwei der Fragen mit JA beantwortet haben.

## Blatt 2 zum Kopfschmerz-Fragebogen

Bearbeiten Sie jetzt die nächsten zehn Fragen:

JA NEIN

11. Dauern Ihre Kopfschmerzen nur kurz an (zum Beispiel ein bis zwei Stunden) ?
12. Würden Sie Ihre Kopfschmerzen als dumpf-drückend bis ziehend beschreiben ?
13. Verstärken sich Ihre Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität nicht ?
14. Treten Ihre Kopfschmerzen vorwiegend auf, wenn Sie körperlich oder psychisch (zum Beispiel durch Stress) belastet sind ?
15. Treten Ihre Kopfschmerzen meist beidseitig wie ein Band oder Helm um Ihren Kopf auf ?
16. Haben Sie an weniger als 180 Tagen im Jahr Kopfschmerzen ?
17. Leiden Sie unter einem (fast) täglichen Kopfschmerz und nehmen nicht regelmäßig Schmerzmittel ein ?
18. Spielen Übelkeit und Erbrechen beim Kopfschmerz keine Rolle ?
19. Fühlen Sie sich manchmal oder oft erschöpft oder ausgelaugt ?
20. Sind Sie durch Ihre Kopfschmerzen in Ihrer Tagesaktivität nicht so stark beeinträchtigt (zum Beispiel Sie müssen sich nicht hinlegen; Sie fehlen nicht oft am Arbeitsplatz) ?

### **Auswertung der Fragen 11 – 20**

Wenn Sie die Fragen 11 bis 20 jeweils mit JA beantwortet haben, leiden Sie vermutlich unter Spannungskopfschmerz. Die Fragen 16 und 17 beziehen sich auf zwei unterschiedliche Formen des Spannungskopfschmerzes. Wenn Sie auf die Frage 16 mit JA geantwortet haben, besteht der Verdacht auf einen sogenannten episodischen Spannungskopfschmerz. Haben Sie die Frage 17 bejaht, leiden Sie vermutlich unter einem chronischen Spannungskopfschmerz.

### **Auswertung der Fragen 1 – 20**

Vielleicht konnten Sie alle 20 Fragen mit JA beantworten oder zumindest einige der Fragen 1 bis 10 und 11 bis 20. In diesem Fall besteht der Verdacht, dass Sie unter einem Kombinationskopfschmerz leiden. Das heißt, Sie leiden gleichzeitig unter einer Migräne und einem Spannungskopfschmerz.

### ***Beantworten Sie abschließend noch die folgenden Fragen:***

21. Seit wann leiden Sie unter Kopfschmerzen ?  
Seit \_\_\_\_\_ Monaten oder \_\_\_\_\_ Jahren.
22. An wie vielen Tagen im Monat leiden Sie durchschnittlich an diesen Kopfschmerzen ?  
An \_\_\_\_\_ Tagen.

Blatt 3 zum Kopfschmerz-Fragebogen

23. Welche Medikamente nehmen Sie bei Kopfschmerzen in welcher Dosis ein ?

Name: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_

JA NEIN

24. Nehmen Sie täglich Schmerzmittel ein ?

25. Nehmen Sie Schmerzmittel auch vorbeugend ein ?

26. Nehmen Sie zusätzlich Beruhigungs- oder Schlafmittel ein ?

27. Fühlen Sie sich oftmals niedergeschlagen ?

28. Haben Sie in letzter Zeit oder in den letzten Jahren Ihren Schmerzmittelkonsum deutlich gesteigert ?

29. Sind Sie praktisch nicht mehr schmerzfrei ?

30. Ist es Ihnen fast nicht mehr möglich, Ihre Aufgaben in Beruf und Familie zu erfüllen ?

**Auswertung der Fragen 21 – 30**

Wenn Sie einige oder alle Fragen von 24 bis 30 mit JA beantwortet haben, leiden Sie mit großer Wahrscheinlichkeit unter einem schmerzmittelbedingten Kopfschmerz.

Übergeben Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt beim ersten bzw. beim nächsten Sprechstundenbesuch.