

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="text"/>	CT	<input type="text"/>	Wann?	<input type="text"/>	Ergebnis:	<input type="text"/>	unauffällig	<input type="text"/>	auffällig
2. MRT	<input type="text"/>	CT	<input type="text"/>	Wann?	<input type="text"/>	Ergebnis:	<input type="text"/>	unauffällig	<input type="text"/>	auffällig
3. MRT	<input type="text"/>	CT	<input type="text"/>	Wann?	<input type="text"/>	Ergebnis:	<input type="text"/>	unauffällig	<input type="text"/>	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="text"/>	<input type="text"/>	A → Ja
<b>Meine Kopfschmerzen...</b>			
... dauern (ohne Schmerzmittel) meistens zwischen 4 Stunden und 3 Tagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B → Ja
... können mittelstark bis stark sein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	C Mind. 2/4: → Ja
... können einseitig sein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
... können pochend-pulsierend sein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
... können sich beim Treppensteigen oder anderer leichter körperlicher Anstrengung verstärken oder dazu führen, dass ich Anstrengung vermeide	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
... können von Übelkeit und/oder Erbrechen begleitet sein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D Mind. 1/2: → Ja
... können von Lichtempfindlichkeit <b>und</b> Lärmempfindlichkeit begleitet sein (beides zutreffend)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Ja	Nein	
A – D alle erfüllt?			<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Augentränen	<input type="checkbox"/> geschwollenes Augenlid
<input type="checkbox"/> starke Augenrötung	<input type="checkbox"/> Schwitzen an Stirn oder Gesicht
<input type="checkbox"/> laufende oder verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Regelmäßiger Ausdauersport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Neurostimulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/>	<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

## 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:

- ☐ Schlaganfall oder TIA (transitorische ischämische Attacke)

### Stoffwechselerkrankungen

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

### Allergien

- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Allergien gegen Medikamente
- ☐ andere Allergien:

### Psychische Erkrankungen

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

### Andere Schmerzerkrankungen

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

### Krebserkrankungen

- ☐ Krebsart:

### Sonstige

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

### Andere Erkrankungen


### 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 Kopfschmerzkrankung:

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.	0	1	2	3	S
2.	Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3.	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4.	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5.	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6.	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7.	Ich zitterte (z. B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8.	Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9.	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10.	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11.	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12.	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13.	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14.	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15.	Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16.	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17.	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18.	Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19.	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20.	Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21.	Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

DASS© Nilges, Korb, Essau 2012

Summen:	D	
	A	
	S	

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  Tage Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (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  Tage Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten?
4. An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im  Tage Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (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  Tage Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können?

Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS): Stewart WF et al. Neurology 1999; 53:988

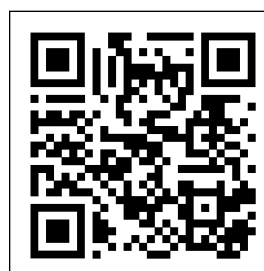
Summe:	<input type="text"/>
--------	----------------------

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



Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

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

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

www.dmkg.de

**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** Flimmersehen  
**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	Lärmscheu	Lichtscheu	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																				