

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:

Tagen mit Kopfschmerzen (leichte mitgezählt): Tage pro Monat

Tagen mit starken Kopfschmerzen: Tage pro Monat

Tagen 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

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

 A → Ja

Meine Kopfschmerzen...

... dauern (ohne Schmerzmittel) meistens zwischen 4 Stunden und 3 Tagen

 B → Ja

... können mittelstark bis stark sein


 Mind. 2/4:
→ Ja

... können einseitig sein

... können pochend-pulsierend sein

... können sich beim Treppensteigen oder anderer leichter körperlicher Anstrengung verstärken oder dazu führen, dass ich Anstrengung vermeide



... können von Übelkeit und/oder Erbrechen begleitet sein

... können von Lichtempfindlichkeit **und** Lärmempfindlichkeit begleitet sein
(beides zutreffend)


 Mind. 1/2:
→ Ja

 Ja Nein

A – D alle erfüllt?

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

Medikamente

Welche Kopfschmerzmedikamente nehmen Sie aktuell ein?

Attackenmedikation (Akuttherapie) und vorbeugende Medikation (Prophylaxe)

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Kopfschmerzmedikamente haben Sie in der Vergangenheit bereits versucht?

Attackenmedikation (Akuttherapie) und vorbeugende Medikation (Prophylaxe)

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 | | | | |
| Entspannungsverfahren | | | | |
| Physiotherapie | | | | |
| Massage | | | | |
| Akupunktur | | | | |
| Psychotherapie | | | | |
| Biofeedback | | | | |
| Neurostimulation | | | | |
| Osteopathie | | | | |
| Heilpraktiker | | | | |
| anderes | | | | |
| anderes | | | | |

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 |
| [REDACTED] | | |

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

Rauchen

keine Angabe Nein Ja Wieviel?

Alkohol

keine Angabe nie selten 1x/Woche oder häufiger
Wieviel?

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

Sozialanamnese

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Alter der Kinder:

Ihre Berufsbezeichnung:

Sind Sie aktuell berufstätig?

- Ja, in Vollzeit
 Ja, in Teilzeit
 Nein

Stunden/Woche

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | |

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 | [redacted] |
| | A | [redacted] |
| | S | [redacted] |

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

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.**

Name: _____

Monat: _____ Jahr: _____

www.dmkg.de

| Tag | Schmerzart und Ort | | | | Begleitsymptome | | | | Wirkung | | | Bemerkung | | | | | | | | |
|-----|-------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------|------------|----------|-------------|----------|-----------|------------|------------|--------------------|-----------------|-----------------------------|-----|--------|----------|--|
| | Kopfschmerzen (x=ja) | Stärke | Dauer (Stunden) | Pulsierend/pochend | Druckend | Einseitig | Beidseitig | Auslöser | Migräneaura | Übelkeit | Erbrechen | Lärmschrei | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |