

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Überprüfung Ihrer Kopfschmerzbehandlung braucht Ihr Arzt einige aktuelle 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)
- neue 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

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

Durchschnittliche Kopfschmerzstärke:

0 - 10

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

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

Patientenname:



Wurde eine neue Bildgebung vom Kopf durchgeführt?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche?

1. MRT	☐	CT	☐	Wann?		Ergebnis:	☐	unauffällig	☐	auffällig
2. MRT	☐	CT	☐	Wann?		Ergebnis:	☐	unauffällig	☐	auffällig
3. MRT	☐	CT	☐	Wann?		Ergebnis:	☐	unauffällig	☐	auffällig

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

Patientenname:



Sonstige Kopfschmerzbehandlung

Verwenden Sie aktuell **nichtmedikamentöse Verfahren oder Neurostimulationsverfahren** zur Behandlung ihrer Kopfschmerzen?

Verfahren	Welches Verfahren?	Wie oft / Woche?
☐ Regelmäßiger Ausdauersport		
☐ Entspannungsverfahren		
☐ Physiotherapie		
☐ Massage		
☐ Akupunktur		
☐ Psychotherapie		
☐ Biofeedback		
☐ Neurostimulation		
☐ Osteopathie		
☐ Heilpraktiker		
☐ anderes		
☐ anderes		

Haben Sie seit der letzten Vorstellung wegen Ihrer Kopfschmerzen 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 seit der letzten Vorstellung neue Erkrankungen aufgetreten? Falls ja, welche?

Patientenname:



Sozialanamnese

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 – PGIC

In den letzten 3 Monaten hat sich mein Zustand insgesamt:

☐ sehr deutlich gebessert

☐ deutlich gebessert

☐ leicht gebessert

☐ weder gebessert noch verschlechtert

☐ leicht verschlechtert

☐ deutlich verschlechtert

☐ sehr deutlich verschlechtert

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 <u>während der letzten Woche</u> 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 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:	
--------	----------------------

- | | |
|--------------|--|
| 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) |

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

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																				