

Migräne- Kopfschmerz-Fragebogen

1. Leiden Sie unter:
- | | ja | nein |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dauerkopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelegentliche Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migräneanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (Mehrfachnennungen möglich)

2. Seit wann leiden Sie unter Kopfschmerzen?
Lebensjahr _____ Kalenderjahr _____

3. Seit wann leiden Sie unter Migräneanfällen?
Lebensjahr _____ Kalenderjahr _____

4. Wie häufig haben Sie gegenwärtig Kopfschmerzen?

- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|---|--------------------------|---|-----|-----|
| Pro Woche | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | 7 | mal | |
| Pro Tag | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | | | | | | | | mal |
| Pro Monat | <input type="checkbox"/> | 1-2 | <input type="checkbox"/> | 3-4 | <input type="checkbox"/> | 5-6 | <input type="checkbox"/> | 7-8 | <input type="checkbox"/> | 9-10 | | | | | | mal |

An wie vielen Tagen/ Monat leiden Sie durchschnittlich an Migräneanfällen?
_____ Tage

An wie vielen Tagen/ Monat leiden Sie durchschnittlich an anderen Kopfschmerzen?
_____ Tage

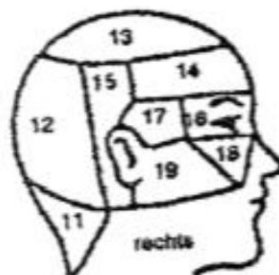
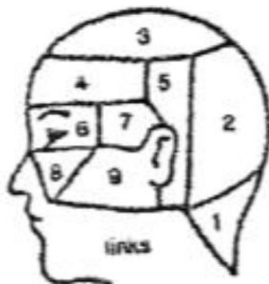
5. Wie lange dauern dabei Ihre Schmerzen für gewöhnlich?

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | bis 1 Std | <input type="checkbox"/> | bis 4 Std | <input type="checkbox"/> | bis 7 Std |
| <input type="checkbox"/> | bis 2 Std | <input type="checkbox"/> | bis 5 Std | <input type="checkbox"/> | bis 8 Std |
| <input type="checkbox"/> | bis 3 Std | <input type="checkbox"/> | bis 6 Std | <input type="checkbox"/> | über 8 Std |

6. Gibt es Zeiten, in denen Sie keine Kopfschmerzen haben? Ja nein

7. Gibt es Zeiten, in denen Sie keine Migräneanfälle haben? Ja nein

8. Zeichnen Sie bitte in die folgende Vorlage genau ein, an welcher Stelle Ihres Kopfes Sie häufig Ihre Schmerzen verspüren!



9. Ist der Schmerz im Anfall nur auf einer Kopfhälfte oder auf beiden Seiten?

Bei Kopfschmerz einseitig beidseitig

Bei Migräne einseitig beidseitig

10. Wechselt der Schmerz von einer Kopfhälfte zur anderen?

... bei Kopfschmerz

ja, von Anfall zu Anfall

ja, während des Anfalls

nein

...bei Migräne

ja, von Anfall zu Anfall

ja, während des Anfalls

nein

Wenn Sie Kopfschmerz/ Migräneanfälle haben, ist dann der Schmerz eher:

	...bei Kopfschmerz	...bei Migräne
pulsierend/ pochend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
klopfend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
bohrend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
brennend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
drückend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
dumpf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

11. Strahlt der Schmerz...:

Von einem Punkt auf die übrigen Kopfgebiete aus Ja nein Ja nein

Auf das Nackengebiet aus Ja nein Ja nein

Auf die Schultern aus Ja nein Ja nein

Vom Nacken über den Scheitel Ja nein Ja nein

Zur Stirn aus Ja nein Ja nein

12. Haben Sie schon des öfteren vor oder während des Kopfschmerzes / Migräneanfalles beobachtet, dass...

Ihr Gesicht blass wird Ja nein Ja nein

Ihre Augen flimmern Ja nein Ja nein

Sie lichtempfindlich sind Ja nein Ja nein

Sie auf einem Teil Ihres Auges nicht deutlich sehen
 Ja nein Ja nein

Ihnen übel wird Ja nein Ja nein

Sie erbrechen müssen Ja nein Ja nein

- Sie starken Harndrang verspüren Ja nein Ja nein
- Sie Durchfall bekommen Ja nein Ja nein
- Sie lärmempfindlich sind Ja nein Ja nein
- Sie empfindlich auf Gerüche sind Ja nein Ja nein
- Sich Ihre Gesichtshaut rötet Ja nein Ja nein
- Sich Ihre Augenbindehaut rötet Ja nein Ja nein
- Sie Tränen- oder Nasenfluss bekommen Ja nein Ja nein
- Sie undeutlich reden oder Probleme mit dem Sprechen haben Ja nein Ja nein
- Ihre Muskeln lahm werden Ja nein Ja nein
- Wenn ja, wo: _____
- Sie eine kalte Stirn haben Ja nein Ja nein

13. Tritt Ihr Kopfschmerz/ Ihre Migräne **verstärkt** auf, nachdem...

- Sie viel geraucht haben Ja nein Ja nein
- Sie etwas Alkoholisches getrunken haben Ja nein Ja nein
- Sie längere Zeit etwas gekaut haben Ja nein Ja nein
- Sie sich längere Zeit in einer Unbequemen Kopf- oder Körperhaltung Befunden haben? Ja nein Ja nein

14. Tritt Ihr Kopfschmerz/ Ihre Migräne **besonders** auf, ...

- Nachdem Sie Milchprodukte gegessen haben Ja nein Ja nein
- Nachdem Sie Schokolade gegessen haben Ja nein Ja nein
- Nachdem Sie Käse gegessen haben Ja nein Ja nein
- Nachdem Sie Zitrusfrüchte (Zitronen, Orangen etc.) gegessen haben Ja nein Ja nein
- Nachdem Sie anderes Obst gegessen haben Ja nein Ja nein
- Nach längerem Schlaf Ja nein Ja nein
- Nach kurzem Schlaf Ja nein Ja nein
- An Wochenenden Ja nein Ja nein
- Am Feierabend Ja nein Ja nein
- Zu Beginn des Urlaubs Ja nein Ja nein
- Nach körperlicher Anstrengung Ja nein Ja nein
- Nachdem Sie Sport getrieben haben Ja nein Ja nein
- Nach Streitigkeiten mit anderen Ja nein Ja nein
- Nach Ärger im Beruf Ja nein Ja nein

	...bei Kopfschmerz	...bei Migräne
Nach Ärger mit dem Partner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Nachdem Sie in Zeitnot waren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Hektik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Vor Erledigung von Aufgaben, bei denen Sie etwas falsch machen könnten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Hunger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Nachdem Sie übermässig gegessen haben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

15. Leiden Sie unter:

Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Kalten Füßen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Kalten Händen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufproblemen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Hohem Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Niedrigem Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

16. Schwitzen Sie häufig, auch nach geringer Körperlicher Anstrengung?

Ja nein

17. Waren Sie während der Kindheit/ Jugendzeit öfter krank? Ja nein

Wenn ja, welche Krankheiten hatten Sie damals?

18. Hatten Sie früher häufiger Bauchschmerzen? Ja nein

19. Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Kopf- oder Gehirnverletzungen?

Ja nein

Wenn ja, wann: _____

An welcher Stelle des Kopfes wurden Sie verletzt? _____

20. Leidet jemand an Ihrer Familie unter ähnlichen Kopfschmerzen/ unter Migräne?

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Tante
<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/> Großvater	<input type="checkbox"/> Onkel	<input type="checkbox"/> Sonstige

21. Wieviele Kinder haben Sie? 1 2 3 4

Alter _____ J _____ J _____ J _____ J

Geschlecht _____ _____ _____ _____

Haben diese:

häufig Kopfschmerzen Ja Ja Ja Ja

häufig Bauchweh Ja Ja Ja Ja

sonstige Beschwerden? _____

22. Bitte beschreiben Sie im Folgenden möglichst genau den Verlauf des letzten Kopfschmerzanfalles/ des letzten Migräneanfalles.
(Datum, Beginn, Uhrzeit, was haben Sie dagegen getan)

23. Haben Sie schon einmal einen Arzt wegen
Ihrer Kopfschmerzen/ Migräne aufgesucht? Ja nein Ja nein
Wenn ja, bitte geben Sie das Jahr der Behandlung an und schildern Sie die
Behandlung:

24. Waren Sie schon einmal wegen Ihrer Kopfschmerzen/ Ihrer Migräne in
psychologischer Behandlung? Ja nein Ja nein
Wenn ja, bitte geben Sie das Jahr der Behandlung an und schildern Sie die
Behandlung:

25. Haben Sie sonst jemanden aufgesucht Ja nein Ja nein
(z.B. Akupunktur)
Wenn ja, was wurde unternommen:

26. Waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen/ Migräne
schon einmal stationär in einer Klinik? Ja nein Ja nein
Wenn ja, was wurde unternommen:

27. Nehmen Sie **aktuell** wegen Ihrer Kopfschmerzen/ Migräne Medikamente ein?

Ja nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

- | | | | |
|----------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| β-Blocker: | <input type="checkbox"/> Metoprolol | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Bisoprolol: | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Propranolol: | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Antikonvulsiva: | <input type="checkbox"/> Valproinsäure | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Topiramal | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Kalziumantagonisten: | <input type="checkbox"/> Flunarizin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Antidepressiva: | <input type="checkbox"/> Amitriptylin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Doxepin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Imipramin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Mirtazapin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Muskelrelaxans: | <input type="checkbox"/> Tizanidin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Anderes: | <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Pestwurz | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Pfefferminzöl | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Analgetika: | <input type="checkbox"/> ASS | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Diclofenac | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Naproxen | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Voltaren | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Novaminsulfon | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| Botulinum-Toxin | <input type="checkbox"/> | | |
| Erenumab (Aimovig®) | <input type="checkbox"/> | | |
| Tryptane: | <input type="checkbox"/> Rizatriptan | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Naratriptan | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |
| | <input type="checkbox"/> Sumatriptan | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> regelmässig |

Sonstige:

Bei *Einnahme bei Bedarf*: An wie vielen Tagen pro Monat nehmen Sie diese
Medikamente ein? An _____ Tagen/ Monat

Bei *regelmässiger Einnahme*: Kommen Sie mit ihrer momentanen Medikation zur
Prophylaxe zurecht?

Ja, sehr gut

- Ja, allerdings mit Nebenwirkungen:
- Nein, wegen schlechter Verträglichkeit
- Einnahme vergessen
- Nein, unzureichende Wirkung

28. Haben Sie **früher** andere Medikamente gegen Ihre Kopfschmerzen/ Migräne eingenommen? Ja nein

β-Blocker: Metoprolol

Bisoprolol

Propranolol

Antikonvulsiva: Valproinsäure

Topiramat

Kalziumantagonisten: Flunarizin

Antidepressiva: Amitriptylin

Doxepin

Imipramin

Mirtazapin

Muskelrelaxans: Tizanidin

Anderes: Magnesium

Pestwurz

Pfefferminzöl

Analgetika: ASS

Diclofenac

Ibuprofen

Naproxen

Voltaren

Paracetamol

Novalgin/ Novaminsulfon/ Metamizol

Botulinum-Toxin

Erenumab (Aimovig®)

Triptane: Rizatriptan

Naratriptan

Sumatriptan

Sonstige: _____

Haben Sie schon einmal beobachtet, ob eines dieser Medikamente unerwünschte Nebenwirkungen herrufft? Ja nein

Wenn ja, welche? _____

29. Befinden Sie sich derzeit aus anderen Gründen in Irgendeiner ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung?

Wenn ja, warum und bei wem: _____

30. Nehmen Sie neben Kopfschmerztabletten auch noch andere Medikamente regelmässig ein?

Wenn ja, welche: _____

31. Was würde Ihrer Meinung nach passieren, wenn Sie die Medikamente gegen Ihre Kopfschmerzen von heute auf morgen absetzen müssten?

Nur von Frauen auszufüllen!

32. Treten Ihre Kopfschmerzen/ Migräneanfälle verstärkt auf...:

Vor der Monatsblutung Ja nein

Nach der Monatsblutung Ja nein

Unabhängig von der Monatsblutung? Ja nein

33. Hatten Sie während einer etwaigen Schwangerschaft...:

keine Ja nein

seltener Ja nein

häufiger Ja nein

... Kopfschmerzen als zur Zeit?

34. Nehmen Sie die Pille? Ja nein

Wenn ja, welches Präparat und seit wann? _____

35. Haben Sie eine sogenannte „Totaloperation“ hinter sich? Ja nein

Wenn ja, wann? _____