

PRAXIS
Dr. med. Sabine Ott-Oechsle
Fachärztin für Neurologie



Kopfschmerz-(KS-)/Migräne-Fragebogen

Kopfschmerzen können viele Ursachen haben. Zur richtigen diagnostischen Zuordnung bitte ich um persönliche Angaben, die sehr vertraulich behandelt werden.

Name: _____

geboren am: _____

1. In welchem Jahr/Monat/Tag traten die Kopfschmerzen zum **allerersten** Mal auf?

2. An wievielen Tagen im Monat haben Sie im Durchschnitt Kopfschmerzen?

3. Wo genau am Kopf besteht der Schmerz **meistens**?

4. Bestehen gleichzeitig Nackenschmerzen? Ja Nein
Wenn ja, an welcher Seite?

5. Wie lange **genau** dauern die KS **in der Regel**?

6. Verschlimmert sich der KS bei Kopfbewegung? Ja Nein

7. Haben Sie vorher oder begleitend **Sprach- oder Gefühlsstörungen**? Ja Nein

8. Haben Sie begleitend **Übelkeit** , **Brechreiz/Erbrechen** ? Bitte ankreuzen.

9. Hilft Ihnen ein Rückzug in einen ruhigen Raum und/oder Schlafen? Ja Nein

10. Können Sie während der KS-Phase Ihrer Alltagsarbeit nachgehen? Ja Nein

11. Nehmen Sie Kopfschmerzmittel ein? Ja Nein
Wenn ja, welche und an wie vielen Tagen im Monat? Exakte Angaben wichtig.

12. Sind Sie jemals in ihrem ganzen Leben **gestürzt oder hatten einen Unfall**?
Ja Nein Wenn ja, was ist passiert?

13. Ist eine schwere **Erkrankung Ihrer Halswirbelsäule** bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche?

14. Ist eine schwere Veränderung Ihrer Halsschlagader bekannt?? Ja Nein
Wenn ja, welche?

15. Welche/n **Beruf/Arbeit** üben Sie aus?

16. Bitte geben Sie Ihren **Familienstand** an.

17. Treiben Sie regelmäßig **Sport**? Ja Nein
Wenn ja, welchen und wie oft?

18. Bauen Sie bewusst Entspannungszeiten in Ihren Alltag ein? Ja Nein

19. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten?

20. Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja Nein

21. Fühlen Sie sich aufgrund beruflicher oder anderer Belastungen/Konflikte
gestresst/belastet? Ja Nein

Bitte überprüfen Sie, ob jede Frage präzise beantwortet wurde.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!