



Fragebogen zur ambulanten Kopfschmerzbehandlung



Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Datum beim Ausfüllen _____

Kopfschmerzfragebogen

- bitte zu Ihrem Termin bei uns ausgefüllt mitbringen -

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten? _____

Wie viele Tage pro Monat haben Sie durchschnittlich Kopfschmerzen (Tage mit leichteren Kopfschmerzen mitgezählt)? _____

Wie viele Tage im Monat haben Sie durchschnittlich **starke** Kopfschmerzen? _____

Wie viele Tage im Monat nehmen Sie durchschnittlich **Schmerzmittel** oder **Triptane** ein? _____

Gibt es in Ihrer Familie weitere Personen mit Kopfschmerzen (wer?) _____

Wurde eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt (bitte **Befunde** und **Bilder** mitbringen)?

CT MRT Wann? _____ Ergebnis: Unauffällig Auffällig

Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie der Kopfschmerzen?

Name	Dosierung
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell zur Vorbeugung (Prophylaxe) der Kopfschmerzen?

Name	Dosierung
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben Sie früher andere Medikamente nehmen zur Vorbeugung (Prophylaxe) der Kopfschmerzen eingenommen?

Name	Dosierung
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben Sie andere Behandlungen wegen der Kopfschmerzen erhalten (z.B. Akupunktur, Krankengymnastik, Botulinumtoxin, Neurostimulation)?

Haben Sie außer Kopfschmerzen noch weitere Erkrankungen?

Nehmen Sie noch andere Medikamente ein (Name, Dosierung)?

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Wenn Sie den Namen oder die Dosierung eines Medikaments nicht mehr wissen, fragen Sie ggf. bei Ihrem vorbehandelnden Arzt nach.

KIELER KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN

NACH PROF. H. GÖBEL, KIEL

BEANTWORTEN SIE BITTE FOLGENDE FRAGEN:

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder ähnlich aussehen?

- Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- anfallsweises Auftreten,
- zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- einseitiges Auftreten
- pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.

1

Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja Nein

2

Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?

Ja Nein

3

Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?

Ja Nein

4

Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?

Ja Nein

5

Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?

Ja Nein

6

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja Nein

7

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja Nein

8

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

9

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

10

Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?

Ja Nein

11

Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an:

..... JAHRE

12

An wievielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an:

..... TAGE

13

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- beidseitiges Auftreten
- kann anfallsweise oder täglich auftreten
- drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- kein Erbrechen oder starke Übelkeit

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.

14

Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja Nein

15

Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?

Ja Nein

16

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?

Ja Nein

17

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?

Ja Nein

18

Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst?

Ja Nein

19

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja Nein

20

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja Nein

21

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

22

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

23

Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen?

Ja Nein

24

An wieviel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an:

..... TAGE

25

Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen?

Ja Nein

26

Seit wievielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an:

..... JAHRE

AUSWERTUNG

MIGRÄNE

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 2-5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 6-9	mindestens eine ja	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>	

EPISODISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens eine nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	

CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	nein	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	25 = ja und mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	

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

Ergebnis: Bitte zählen Sie Ihre Angaben der 5 Fragen zusammen

Bitte ordnen Sie das Ergebnis ein:

- 0-5 Punkte (Grad I)
- 6-10 Punkte (Grad II)
- 11-20 Punkte (Grad III)
- >20 Punkte (Grad IV)

-
- A. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten hatten Sie Kopfschmerzen? (Wenn die Kopfschmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag) Tage
 - B. Wie stark waren die Kopfschmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Skala 0–10 an (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen)

HIT-6™ Fragebogen zu Auswirkungen von Kopfschmerzen

Dieser Fragebogen soll Ihnen dabei helfen, zu beschreiben und mitzuteilen wie Sie sich fühlen und was Sie wegen Kopfschmerzen nicht tun können.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft:

	(6) Nie	(8) Selten	(10) Manchmal	(11) Sehr oft	(13) Immer
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft beeinträchtigen Sie Kopfschmerzen im Alltag bzgl. Haushalt / Arbeit / Schule oder bei Kontakten / Aktivitäten mit anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für tägliche Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit / tägliche Aktivitäten zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung

Punktzahl:

Gesamtpunktzahl:

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 Herztolpern).	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

Bitte zählen Sie zusammen:

- Summe der mit D gekennzeichneten Fragen: _____ (0-21; ≥ 11)
 Summe der mit A gekennzeichneten Fragen: _____ (0-21; ≥ 7)
 Summe der mit S gekennzeichneten Fragen: _____ (0-21; ≥ 11)

MIBS - 4

Bestimmung der Belastung zwischen den Migräne-Attacken¹

Die Migraine Interictal Burden Scale (MIBS-4) bestimmt die Belastung durch Kopfschmerzen in der Zeit zwischen den Attacken, einschließlich Belastungen bei der Arbeit und in der Schule, Einschränkungen des Familien- und Soziallebens, Planungsschwierigkeiten und emotionale Schwierigkeiten.

In den letzten 4 Wochen, zwischen Kopfschmerz-Attacken oder zu Zeiten, in denen ich keine Kopfschmerzen habe:

1. Meine Kopfschmerzen wirken sich auf meine Arbeit oder meine Leistungen in der Schule auch dann aus, wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe.
2. Ich mache mir Sorgen um die Planung von sozialen Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten, weil ich dann möglicherweise Kopfschmerzen haben könnte.
3. Meine Kopfschmerzen wirken sich auf mein Leben auch dann aus, wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe.
4. Auch wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe, fühle ich mich wegen meiner Kopfschmerzen hilflos.

Gesamtzahl der Kreuze pro Spalte

Anzahl der Kreuze multiplizieren mit

Ergebnis pro Spalte

Gesamtsumme

- 0 = keine Belastung
- 1 - 2 = leichte Belastung
- 3 - 4 = mäßige Belastung
- 5 - 12 = schwere Belastung

	Weiß nicht	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Die meiste oder die ganze Zeit
1. Meine Kopfschmerzen wirken sich auf meine Arbeit oder meine Leistungen in der Schule auch dann aus, wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich mache mir Sorgen um die Planung von sozialen Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten, weil ich dann möglicherweise Kopfschmerzen haben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Kopfschmerzen wirken sich auf mein Leben auch dann aus, wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Auch wenn ich gerade keine Kopfschmerzen habe, fühle ich mich wegen meiner Kopfschmerzen hilflos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtzahl der Kreuze pro Spalte	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Anzahl der Kreuze multiplizieren mit	×0	×0	×1	×2	×3	×3
Ergebnis pro Spalte	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Gesamtsumme	+	+	+	+	+	=

¹ Modifiziert nach: Buse CD et al. Assessing and Managing All Aspects of Migraine: Migraine Attacks, Migraine-Related Functional Impairment, Common Comorbidities, and Quality of Life. Mayo Clin Proc. 2009;84(5):422-435.