

Anamnesebogen Kopfschmerzen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bisherige Behandlung bei: _____

Seit wann treten die Kopfschmerzen auf? _____

Bitte zeichnen Sie Schmerzort und -ausstrahlung ein.

Wie tritt der Schmerz auf?

Wo ist der Schmerz lokalisiert?

einseitig doppelseitig

Wohin strahlt der Schmerz?



Wie würden Sie die Art des Schmerzes beschreiben? stechend brennend dumpf pulsieren

Wie würden Sie die Stärke des Schmerzes beschreiben? gering mittelstark stark unerträglich

Wie werden Ihre normalen Tagesaktivitäten durch die Schmerzattacken beeinträchtigt? nicht mäßig erheblich

Wie lange dauern die Schmerzen in der Regel an? unter 4 Std. 4 bis 24 Std. 24 bis 48 Std. über 48 Std

In welcher Frequenz treten die Schmerzattacken pro Monat auf? weniger als 1 x 1 bis 4 x 5 bis 10 x mehr als 10x

Treten die Schmerzattacken zusammen mit der Einnahme bestimmter Nahrungsmittel auf (Käse, Rotwein)? Nein Ja

Wenn ja, mit welchen? _____

Werden die Kopfschmerzen durch körperliche Aktivität verstärkt? Ja Nein

Besteht ein Zusammenhang mit der Menstruation? Ja Nein

Welche anderen Allgemeinsymptome treten in Zusammenhang mit dem Schmerz auf?

Übelkeit, Erbrechen Lichtscheu Geräuschempfindlichkeit

Treten in Zusammenhang mit den Schmerzen andere Symptome seitens des Nervensystems auf? Ja Nein Wenn ja, dann bitte ankreuzen:

Lichtblitze, Gesichtsfeldausfälle, Gefühlsstörungen, Muskelschwäche, Lähmungen oder Sprachstörungen

Nehmen Sie aufgrund Ihrer Kopfschmerzen Schmerzmittel/Migränemittel ein?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine vorbeugende nicht-medikamentöse Behandlung durchgeführt (z. B. Muskelentspannung...)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____ Erfolgreich? Ja Nein

Haben Sie schon eine vorbeugende medikamentöse Behandlung durchgeführt?

Ja Nein Wenn ja, welches Präparat? _____ Erfolgreich? Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____