

## Fragebogen Kopfschmerzambulanz

<b>Seit wann kennen Sie diese Art von Kopfschmerzen?</b>
<b>Wie viele Schmerztage pro Monat haben Sie?</b>
<b>Wie fühlen sich Ihre Kopfschmerzen an (drückend, stechend, pulsierend)?</b>
<b>Wo am Kopf bzw. im Gesicht sitzt der Schmerz (Stirn, Hinterkopf, Wange etc...; eine Seite, bds.) ?</b>
<b>Haben Sie während der Kopfschmerzen folgende Begleitsymptome (bitte falls zutreffend ankreuzen)</b>
Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Geruchsempfindlichkeit <input type="checkbox"/> tränenende Augen <input type="checkbox"/> laufende Nase <input type="checkbox"/> hängen des Augenlids <input type="checkbox"/>
<b>Verstärkt sich der Kopfschmerz bei Bewegung oder/und wenn Sie aufstehen/sich hinlegen/sich nach vorne beugen?</b>
<b>Welche Medikamente nehmen Sie bei Kopfschmerzen ein?</b>
<b>Welche Medikamente haben Sie bisher bei Kopfschmerzen eingenommen und haben nicht gewirkt? (bitte mit Angabe des Zeitraums)</b>
<b>Welche weiteren Medikamente nehmen Sie bei anderen Krankheitsbildern aktuell ein und/oder haben Sie in der Vergangenheit eingenommen?</b>
<b>Welche anderen Erkrankungen haben Sie?</b>

## Checkliste – was ist mitzubringen

- Vorbefunde (Arztbriefe, Laborwerte etc.), wenn möglich bereits in Kopie
- Bildaufnahmen auf CD und wenn vorhanden, als schriftlicher Befund
- Liste aller aktuell einzunehmenden Medikamente
- Liste der bisher eingenommenen Medikamente gegen den Kopf- Gesichtsschmerz (auch prophylaktische Medikation)
- Wenn vorhanden: ein geführtes Kopfschmerztagebuch, am besten der letzten 3 Monate (-> hier Link zu den Kopfschmerzkalendern der DMKG)
- Ausgefüllter Fragebogen der Ihnen vor Erstkontakt in unserer Kopfschmerzambulanz zugeschickt wird (siehe oben)