

Fragebogen für die Erhebung bei Migräne/ Kopfschmerzen

Anamnesehilfe in der Sprechstunde

1. Wo im Kopfgebiet breiten sich Ihre Kopfschmerzen aus?

- rechts
- links
- nur im Stirngebiet
- der Kopfschmerz zieht von der Stirn zum Hinterkopf und umgekehrt
er sitzt tief im Kopfinnern
- der Kopfschmerz breitet sich vor und oberhalb der Ohrmuschel aus
er zieht von dort zum Hinterkopf
- der Kopfschmerz breitet sich vor der Ohrmuschel in der Umgebung des Auges aus
besonders stark hinter dem äußeren Augenwinkel
er breitet sich zur Stirn hin aus
- der Kopfschmerz sitzt im Schläfen-Scheitel-Gebiet
er zieht vom Schläfen-Scheitel-Gebiet zur Stirn und umgekehrt
- wo sonst?

2. Schmerzcharakter:

- | | | | |
|---------------|------------|--------------|--------------|
| - schneidend | - stechend | - pulsierend | - scharf |
| - dumpf | - drückend | - reißend | - ziehend |
| - hämmernd | - bohrend | - klopfend | - blitzartig |
| - krampfartig | - brennend | | |

3. Leiden Sie an irgendwelchen der folgenden Symptome?

Wird der Schmerz von bestimmten Ereignissen begleitet:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| - Hautrötung | - Hautblässe | - Schwellung |
| - Berührungsempfindlichkeit | - vermehrte Schweißbildung | - verringerte Schweißbildung |
| - Mißempfindungen, wo ... | | |
| - Gefühlsstörungen, wo ... | | |
| - Tränenfluß | - Augenrötung | - Änderung der Pupillenweite |
| - Doppeltsehen | - vorübergehende Sehstörungen | - Schielen |
| - Augenmuskellähmungen | - Erblindung eines Auges | - Lichtempfindlichkeit |
| - Zick-Zack-Linien im Gesichtsfeld | | - Geräuschempfindlichkeit |
| - Sprachstörungen | - behinderte Nasenatmung | - Unsicherheit beim Gehen |
| - Bewegungseinschränkung | | |
| - Muskelschwäche, wo ... | | |
| - Muskellähmung, wo ... | | |
| - Durchfall | - Harndrang | - Erbrechen |
| - Müdigkeit | - Schwindel | - Bewußtlosigkeit |

Symptome:

a. kurz vor dem Anfall:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| - Sehstörungen | - Farberscheinungen | - Flimmern vor den Augen |
| - Lichtscheu | - Geräuschempfindlichkeit | - Schwindel |
| - Gleichgewichtsstörungen | - Schweißausbrüche | - Appetitlosigkeit |
| - Nervenkrämpfe | - allgemeines Unlustgefühl | - sonstiges |

b. im Anfall:

- | | | |
|-----------------|-------------|--------------------------|
| - Übelkeit | - Erbrechen | - bitterer Mundgeschmack |
| - Gesichtblässe | - sonstiges | |

c. nach dem Anfall:

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| - dumpfer Dauerkopfschmerz | - lang anhaltend (Stunden und länger) | - kürzer anhaltend |
| - sonstiges | | |

4. Wie lange dauern die dem Anfall vorausgehenden Beschwerden?**5. Wie lange dauern die Anfälle selbst?****6. Wie lange haben Sie nach einem Anfall noch Beschwerden?****7. Wann treten die Anfälle auf?**

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------|
| - nachts | - tagsüber | - an Wochentagen |
| - an Wochenenden | - morgens direkt nach dem Schlaf | |
| - vormittags | - nachmittags | - abends |
| - tageszeitliche Besonderheiten | | |

8. Wie oft treten Ihre Kopfschmerzen auf?

- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| - 1 x am Tag | - mehrmals am Tag | - mehrmals die Woche |
| - mehrmals im Monat | - mehrmals im Jahr | - seltener |

9. Ablauf des Anfalls:**10. Wie intensiv ist der Kopfschmerz, können Sie Ihre Arbeit weiter erledigen, oder müssen Sie sich zurückziehen?**

11. Haben oder hatten Sie Erkrankungen oder Beschwerden in einem der folgenden Körperbereiche?

- Stirnhöhle
- Kieferhöhle
- Zahnbereich
- Gebißanomalien
- "tote Zähne"
- Kreuz- oder Rückenschmerzen
- Mandeln
- Rachen
- Schilddrüse
- Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals
- Starkes Schwitzen
- Augen
- Ohren
- Magen
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Darm
- Durchfall/Verstopfung
- Blut im Stuhl
- Leber
- Gallenblase
- Nieren
- Harnblase
- brennen beim Wasserlassen
- gynäkologischer Bereich
- Prostata
- Störungen beim Wasserlassen
- Herz/Kreislauf
- Kurzatmigkeit
- Schweregefühl in den Beinen
- Unruhe in den Beinen
- Stiche oder Ziehen in der Brust
- Überempfindlichkeit gegen Wärme oder Kälte
- sonstiges

12. Haben oder hatten Sie?

- einen niedrigen Blutdruck
- einen hohen Blutdruck
- Verhärtungen der Rückenmuskulatur
(Kopf/Hals/Nacken/Schulterbereich)
- Nervenentzündungen im Kopfbereich
- irgendwann einmal eine Kopfverletzung
- irgendwann einmal eine Operation in Kopfbereich
- irgendwann einmal eine Operation in einem anderen Körperbereich
- eine chronische Magenschleimhautentzündung
- Verdauungsbeschwerden
- Verstopfung
- Menstruationsbeschwerden
- Senkungsbeschwerden (Gebärmutter)
- sonstiges

13. Welche Ursachen können bei Ihnen einen Kopfschmerz/Migräneanfall auslösen?

- a. - Sonneneinwirkung
- flimmernde Lichtreize
- Musik
- b. Änderungen im Lebensrhythmus
 - zu langer Schlaf
 - zu kurzer Schlaf
 - Feierabend
 - Wochenende
 - Urlaub
- c. Reisen (landschaftlicher Wechsel)
 - Hochgebirge
 - Meer
 - sonstiges
- d. Wetterveränderungen
 - Tiefdruck
 - Kaltluft
 - Gewitter
 - Schwüle
 - Föhn
 - sonstiges
- e. Jahreszeiten
 - Frühjahr
 - Sommer
 - Herbst
 - Winter
- f. Allergien, welche

g. Nahrungsmittel

- | | | |
|------------------|------------------|------------------------|
| - Alkohol | - besonders Sekt | - Milchprodukte |
| - besonders Käse | - Süßigkeiten | - besonders Schokolade |
| - Obst | - Gewürze | - Hunger |
| - Übersättigung | - sonstiges | |

h. Medikamenteneinnahme

- Schmerzmittel
- Hormone (Pille, Cortison, usw.)
- andere Medikamente

i. Störungen des Menstruationszyklus

j. seelische Belastungen

- Mehrarbeit
- Streß
- Sorgen
- starke Aufregung

k. körperliche Erkrankungen

l. Veränderung der Körperlage

14. Kommen Ihre Kopfschmerzanfälle

- in regelmäßigen Abständen
- unregelmäßig

15. Wann trat Ihre Migräne, Kopfschmerz zum erstenmal auf?

16. Hat zu diesem Zeitpunkt irgendein besonderes Ereignis Ihr Leben verändert?

- | | | |
|-----------------------|--------------|-----------------------|
| - nichts | - Heirat | - Geburt eines Kindes |
| - Scheidung | - Sterbefall | - Ortswechsel |
| - Arbeitsplatzwechsel | - sonstiges | |

17. Leiden andere Familienmitglieder auch an Kopfschmerz/Migräne?

18. Welche Ereignisse können Ihre Schmerzen verschlimmern, bzw. verbessern.

19. Wie lange sind Sie in Behandlung wegen der Beschwerden?

20. Welche Maßnahmen wurden bereits durchgeführt und mit welchem Erfolg?

21. Nehmen Sie Schmerzmittel ein?

22. Spezielle Migräne/Kopfschmerzmittel