



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Coutelle, Godt, Garthe
FB Kopfschmerzfragebogen

Name/ Vorname: _____ Patientennummer: _____ Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
um einen möglichst guten Überblick zu ihrem Kopfschmerzproblem zu bekommen, möchten wir Sie bitten uns diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen.

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten?																					
Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten 3 Mon.) haben Sie Kopfschmerzen?																					
Sind Sie zwischen den Kopfschmerzattacken komplett kopfschmerzfrei?	☐ JA ☐ NEIN																				
Sind Ihre Kopfschmerzen in letzter Zeit häufiger geworden?	☐ JA ☐ NEIN																				
Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen üblicherweise an?	Minuten / Stunden / Tage ☐ ☐ ☐																				
Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0 – 10 (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)	<table border="1"><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0									10										
0									10												

Bitte beschreiben Sie den Kopfschmerz:

- ☐ drückend, dumpf bis ziehend ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Lichtscheu ☐ Lärmscheu
☐ einseitiger Kopfschmerz ☐ beidseitiger Kopfschmerz ☐ pulsierend o. pochend
☐ erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit ☐ Verstärkung bei körperlicher Tätigkeit
☐ Reduzierung der Leistungsfähigkeit : _____ Std.
☐ oder (kurz in eigenen Worten): _____

Bitte zeichnen Sie ein, wo die Schmerzen überwiegend auftreten!



Auslöser der Kopfschmerzen:

- ☐ Menstruation ☐ Stress ☐ Wochenende/ Urlaub
☐ Alkohol ☐ Entspannung nach Stress ☐ bestimmte Kopfbewegungen
☐ andere, nämlich: _____

Wurde bei Ihnen eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt? ☐ NEIN

	Wann?	Ergebnis:	
☐ Computertomographie (CT)		☐ Unauffällig	☐ Auffällig
☐ Kernspintomographie (MRT)		☐ Unauffällig	☐ Auffällig



Patientennummer: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie der Kopfschmerzen?

Bitte versuchen Sie diese Frage **so genau wie möglich** zu beantworten!

Name des Medikaments:	Dosierung:	Wirksamkeit:
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel oder Triptane ein?

☐ weniger als 5 ☐ 6 – 10 ☐ 10 – 15 ☐ mehr als 15

Haben Sie in der Vergangenheit andere Medikamente zur Akuttherapie (anderer Erkrankungen) eingenommen?

Name des Medikaments:	Dosierung:	Wirksamkeit:
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
		☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Nehmen Sie im Moment Medikamente zur Kopfschmerzvorbeugung ein?

(z. B. Betablocker/ Metoprolol; Topiramat; Flunarizin; Amitriptylin; Venlafaxin; Cymbalta etc.)

Name des Medikaments:	Dosierung:	Eingenommen seit:	Wirksamkeit:
			☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Haben Sie früher andere Medikamente zur Kopfschmerzvorbeugung ausprobiert?

Name des Medikaments:	Dosierung:	Eingenommen für wie viele Monate?	Wirksamkeit:
			☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

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

☐ NEIN ☐ JA, folgende: _____

Bei welchen Spezialisten sind Sie schon wegen ihrer Kopfschmerzen gewesen?

_____ wann? _____

_____ wann? _____

_____ wann? _____

Vielen Dank!

Unterschrift d. Patienten

Mir ist bekannt dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis für Familienmedizin gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten.

Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

Unterschrift des Patienten