

Anamnesebogen Kopfschmerzen

Patientenname: _____

Beginn der Beschwerden: _____

Wie war der Beginn?

- schleichend langsam mehr werdend
- neuartige Kopfschmerzen nicht plötzlich von einer Sekunde auf die andere aufgetreten
- neuartige Kopfschmerzen ganz plötzlich von einer Sekunde auf die andere aufgetreten
- Sonstiges _____

Bitte beschreiben Sie die Art der Kopfschmerzen:

- drückend
- dumpf
- pulsierend
- pochend
- stechend
- brennend
- Sonstiges _____

Wo tritt der Kopfschmerz auf, z.B. Stirn, hinten, überall, Gesicht? _____

Ist der Kopfschmerz

- einseitig
- beidseitig
- mal einseitig, mal beidseitig
- wenn einseitig: immer die gleiche Seite betreffend
- seitenwechselnd

Bitte geben Sie die Dauer der Kopfschmerzen an,
z.B. Sekunden, Minuten, Stunden, Tage oder sind sie immer da:

Welche Begleitsymptome haben Sie während der Kopfschmerzen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Geruchsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Tränen der Augen |
| <input type="checkbox"/> gerötetes Auge | <input type="checkbox"/> Nase zu oder laufend | <input type="checkbox"/> Sehstörungen (*) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

(*) Falls Sehstörungen, beschreiben Sie sie bitte _____

Kennen Sie Auslöser?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bestimmte Lebensmittel | <input type="checkbox"/> Schlafentzug oder geänderter Schlafrhythmus |
| <input type="checkbox"/> Menstruation | <input type="checkbox"/> bevorzugt bei Erholung, zum Beispiel am Wochenende |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

Wie oft haben Sie Kopfschmerzen?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ___x/Monat, | <input type="checkbox"/> ___x/Woche | <input type="checkbox"/> jeden Tag |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

Wie stark sind die Kopfschmerzen?

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

Gibt es im Tagesverlauf eine Zeit, in der die Kopfschmerzen besonders oft auftreten:

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> keine Häufung |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|

Werden die Kopfschmerzen bei körperlicher Aktivität in der Regel mehr Ja Nein

Können Sie bei den Kopfschmerzen den Alltag weiter machen?

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nur wenn ich ein Schmerzmittel nehme | <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte mich hinlegen |
|-----------------------------|---|---|

Sind in der Familie Kopfschmerzerkrankungen bekannt?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Migräne | Wenn ja, wer ist betroffen: _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Kopfschmerzen | Wenn ja, wer ist betroffen: _____ |