

# ➤ Kopfschmerzfragebogen ◀

von Dr. Hartmut Göbel, Neurologische Universitätsklinik Kiel

(Quelle: Ratgeber „Kopfschmerzen - Leiden, die man nicht hinnehmen muss“, Springer-Verlag, Heidelberg)

Anhand dieses Fragebogens können Sie selbst versuchen, Ihren Kopfschmerztyp einzuordnen. Nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen bei Ihrem nächsten Arztbesuch mit; er kann Ihrem Arzt wichtige Informationen über Ihre Kopfschmerzen geben.

## Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder so ähnlich aussehen?

- Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- anfallsweises Auftreten, zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- einseitiges Auftreten
- pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten



*Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.*

- |    |  |                             |                               |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1  | Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?                     | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 2  | Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 3  | Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 4  | Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 5  | Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 6  | Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 7  | Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 8  | Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 9  | Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 10 | Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| 11 | Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an:  | .....                       | Jahre                         |
| 12 | An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: | .....                       | Tage                          |

## 13 Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- Dauer ohne Behandlung 30 Minuten bis 7 Tage
- beidseitiges Auftreten
- kann anfallsweise oder täglich auftreten
- drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- kein Erbrechen oder starke Übelkeit



*Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.*

- 14 Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?  JA  NEIN
- 15 Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?  JA  NEIN
- 16 Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?  JA  NEIN
- 17 Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?  JA  NEIN
- 18 Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst?  JA  NEIN
- 19 Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?  JA  NEIN
- 20 Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?  JA  NEIN
- 21 Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?  JA  NEIN
- 22 Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?  JA  NEIN
- 23 Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen?  JA  NEIN
- 24 An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an: ..... Tage
- 25 Leiden Sie schon länger als sechs Monate an solchen Kopfschmerzen?  JA  NEIN
- 26 Seit wie vielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an: ..... Jahre

## Auswertung

### MIGRÄNE

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/>	<i>Es müssen alle Kriterien erfüllt sein</i>
Fragen 2 - 5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	
Fragen 6 - 9	mindestens ein ja	<input type="checkbox"/>	
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>	

### EPISODISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	<i>Es müssen alle Kriterien erfüllt sein.</i>
Fragen 15 - 18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 21, 22	mindestens ein nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	

### CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	<i>Kriterien</i>	<i>erfüllt</i>	
Fragen 15 - 18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	<i>Es müssen alle Kriterien erfüllt sein.</i>
Frage 20	nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 19, 21, 22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 24, 25	25 = ja und mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	