

# 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
- Lichtscheu
- Gleichgewichtsstörungen
- Nervenkribbeln
- Farberscheinungen
- Geräuschempfindlichkeit
- Schweißausbrüche
- allgemeines Unlustgefühl
- Flimmern vor den Augen
- Schwindel
- Appetitlosigkeit
- sonstiges

## b. im Anfall:

- Übelkeit
- Gesichtblässe
- Erbrechen
- sonstiges
- bitterer Mundgeschmack

## c. nach dem Anfall:

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

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

**8. Wie oft treten Ihre Kopfschmerzen auf?**

- 1 x am Tag
- mehrmals im Monat
- mehrmals am Tag
- mehrmals im Jahr
- mehrmals die Woche
- 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**