

Anamnesebogen Kopfschmerz

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ nicht berufstätig

Vorgeschichte & Symptomatik Ihrer Kopfschmerzen

In welchem Alter hatten Sie erstmalig Kopfschmerzen?

_____ Jahre

Wie ist der Charakter der Kopfschmerzen?

☐ drückend ☐ ziehend ☐ _____

☐ klopfend/pulsierend ☐ stechend

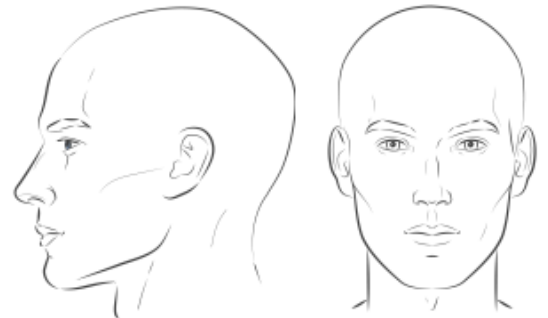
Wie lange hält der Kopfschmerz an? (ohne Schmerzmitteleinnahme, minimale und maximale Dauer)

☐ ____ Sekunden ☐ ____ Minuten ☐ ____ Stunden ☐ ____ Tage

Wo ist der Kopfschmerz lokalisiert? (Bitte einzeichnen, schraffieren)

☐ Auge/Stirn ☐ Schläfe/Scheitel ☐ Hinterkopf ☐ Ganzer Kopf

☐ Rechts ☐ Links ☐ Seitenwechselnd ☐ Beidseits



Welche begleitenden Symptome treten vor oder während der Kopfschmerzen auf?

☐ Übelkeit: ja/nein ☐ häufig/selten ☐ Erbrechen ja /nein ☐ häufig/selten

☐ Empfindlichkeit auf Licht/Geräusche/Gerüche ☐ Zunahme bei (leichter) körperlicher Belastung

☐ Müdigkeit/Schlafbedürfnis ☐ Stimmungsschwankungen

☐ Augentränen/Naselaufen ☐ Rote Augen, geschwollene Augen

☐ Unruhe/Bewegungsdrang ☐ Sehstörungen/Flimmern

☐ Sprachstörungen ☐ Taubheitsgefühle Gesicht/Arm/Bein

Wie oft leiden Sie unter Kopfschmerzen?

☐ täglich/mehrmals täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich

☐ mehrmals im Jahr ☐ ____ Attacken pro Monat (Anzahl)

Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen? Skala 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal möglicher Schmerz)

_____/10 bis maximal ____/10

Gibt es Trigger/Auslöser für Ihre Kopfschmerzen?

☐ Stress ☐ Hormonell ☐ Entspannung ☐ Alkohol/Essen ☐ Wetter ☐ Schlafmangel ☐ andere _____

Therapie & Diagnostik

Welche Medikamente nehmen Sie oder haben Sie zur Akutbehandlung gg. Kopfschmerzen eingenommen?

☐ ASS ☐ Paracetamol ☐ Ibuprofen ☐ Metamizol/Novaminsulfon
☐ Opiate ☐ Mischanalgetika (Spalt...) ☐ Triptane ☐ Lasmiditan ☐ Gepante (Rimegepant)
☐ Andere _____ ☐ Keine

An wie vielen Tagen im Monat benötigen/nehmen Sie Schmerzmittel?

☐ an _____ Tagen ☐ ich nehme keine Schmerzmittel

Welche Medikamente nehmen Sie oder haben Sie zur Vorbeugung gegen Kopfschmerzen eingenommen?

☐ Betablocker (Propranolol/Metoprolol/Bisoprolol) ☐ Topiramat ☐ Flunarizin
☐ Antidepressiva (Amitriptylin/Opipramol/Doxepin...) ☐ Magnesium ☐ CGRP-Antikörper (Spritze/Infusion)
☐ Botulinumtoxin ☐ Gepante ☐ Andere _____ ☐ Keine

Welche Nebenwirkungen der genannten Medikamente sind bei Ihnen aufgetreten?

☐ _____ ☐ Keine Wirksamkeit ☐ Keine

Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind wegen der Kopfschmerzen bereits erfolgt?

☐ Kernspin(MRT)/CT des Kopfes ☐ Neurologe ☐ Schmerztherapeut ☐ Hausarzt ☐ Schmerzklinik

Waren Sie wegen Kopfschmerzen bereits krankgeschrieben?

☐ nein ☐ ja, _____ Tage/Wochen im vergangenen Jahr ☐ _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ein Grad der Behinderung?

☐ nein ☐ ja, Grad der Behinderung (GdB) _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine psychische Erkrankung? Wenn ja, welche?

☐ Depression ☐ Ängste ☐ Burnout ☐ Schlafstörungen ☐ Andere

Bestehen bei Ihnen Herz-Kreislaufkrankungen? Wenn ja, welche?

☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt/Koronarerkrankung ☐ Schlaganfall ☐ andere _____

Datum: _____

Unterschrift: _____



Neurologienetz