

Fragebogen „Red Flags“ Kopfschmerz

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Sind Ihre Kopfschmerzen wie ein Donnerschlag oder mit akuten Nackenschmerzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihr Kopfschmerz erstmalig in höherem Alter (> 50 Jahre) aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Hat sich die Häufigkeit oder die Schwere der Kopfschmerzen geändert? ☐ ja ☐ nein

Sind zu Ihren Kopfschmerzen andere Symptome hinzugetreten? ☐ ja ☐ nein

Sind Ihre Kopfschmerzen abhängig von der Körperposition? Treten Sie beispielsweise nur oder vorwiegend im Liegen oder Sitzen/Stehen auf? ☐ ja ☐ nein

Nehmen die Kopfschmerzen beim Husten, Niessen, Pressen zu? ☐ ja ☐ nein

Gingen den aktuellen Kopfschmerzen ein Trauma bzw. ein Unfall mit einer Kopfverletzung voraus? ☐ ja ☐ nein

Sind Ihre Kopfschmerzen im Rahmen oder direkt nach einer Schwangerschaft aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie aktuell Fieber? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie sehr regelmäßig Schmerzmittel ein (>15 Tage im Monat)? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht abgenommen? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung einem akuten Infekt oder an einer bösartigen Erkrankung? ☐ ja ☐ nein

Gehen die Kopfschmerzen mit autonomen Begleitsymptomen wie Rötung, Schwellung, Tränen und Schmerzen im Bereich des Auges/der Augenhöhle einher? ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Unterschrift: _____



Neurologienetz