



ANAMNESEBOGEN KOPFSCHMERZEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

um die Ursache für Ihre Kopfschmerzen herausfinden zu können, benötigen wir folgende Informationen von Ihnen. Ihre Angaben unterstützen uns bei der Untersuchung und Diagnose. Füllen Sie daher den folgenden Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Bitte fragen Sie uns, falls Ihnen etwas unklar sein sollte. Wir helfen Ihnen gerne weiter! Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Seit wann haben Sie Kopfschmerzen?

Wie oft leiden Sie an Kopfschmerzen?

- Fast täglich
- 1-2 x pro Woche
- 1-2 x pro Monat
- 1-2 x im Quartal
- Wechselnd /phasenweise

Wie lange halten die Attacken an?

- Wenige Minuten
- Wenige Stunden
- Über Nacht
- 1-2 Tage

Wo am Kopf?

Ist die Seite konstant?

- Ja
- Nein

Wie sind diese Schmerzen?

- Pochend
- Drückend
- Dumpf
- Spitz
- Hell
- Plötzlich beginnend
- Langsam steigend

Gibt es eine bestimmte Tageszeit?

Haben Sie Begleitsymptome?

- Übelkeit
- Erbrechen
- Schwindel
- Blässe
- Lichtempfindlichkeit
- Lärmempfindlichkeit

Gibt es einen bestimmten Auslöser?

- Stickige Luft
- Stress
- Körperliche Anstrengung
- Nahrungsmittel
- Wetterwechsel
- Weitere

Was hilft?

- Ruhen
- Schlaf
- Kalte Umschläge
- Medikamente
- Wenn ja, welche?

Leidet in Ihrer Verwandtschaft jemand an ähnlichen Kopfschmerzen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, wer?

Waren Sie bereits beim Augenarzt?

- Ja
- Nein

Waren Sie bereits beim HNO-Arzt?

- Ja
- Nein