



Wie lange haben sie die Kopfschmerzen? _____ Wochen / Monate / Jahre

An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an Kopfschmerzen?

Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: _____ Tage

An wie viel Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel ein?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 **mehr als 12 Tage**

Tage pro Monat

Schmerzmittel: _____

Dauern der Kopfschmerzen

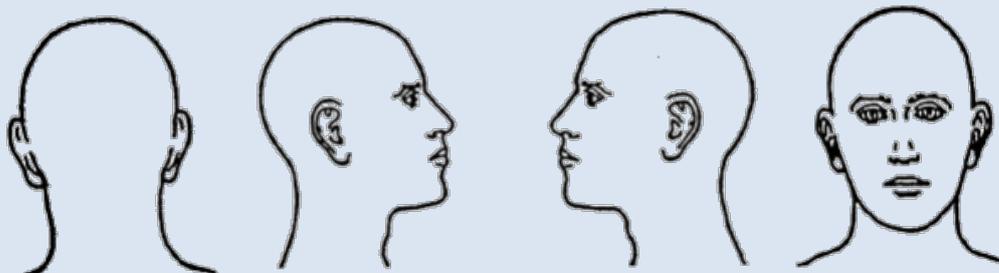
Sekunden Minuten: _____ Stunden: _____ Tage

Kopfschmerzcharakter:

- pochend, hämmernd, pulsierend drückend ziehend
 einengend / beengend (wie ein Band um den Kopf) dumpf stechend

Wo sind die Kopfschmerzen?

(Seite / Region bitte einzeichnen)



Wie stark / intensiv sind die Kopfschmerzen (auf einer Skala von 0 bis 10)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz **stärkster Schmerz**

Begleitsymptome:

- keine Übelkeit / Erbrechen / Appetitlosigkeit Lichtempfindlichkeit
 Lärmempfindlichkeit Abgeschlagenheit / Müdigkeit Augenrötung / Tränenfluss

Werden die Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt?

Ja Nein Besserung durch Bewegung

Gibt es Auslöser für die Kopfschmerzen?

- keine Stress / Belastung Schlafmangel
 PC-Arbeit zu wenig trinken oder essen bei Frauen: Periode
 Sport / körperliche Aktivität Husten oder Pressen Hitze oder Kälte

Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der obigen Beschreibung entsprechen?

Ja Nein die Kopfschmerzen sind unterschiedlich ausgeprägt