

## **Fragebogen Kopfschmerzambulanz**

**Name:**

E-Mail:

**Geb. Datum:**

**Telefonnummer:**

**Krankenkasse:**

- 1) Bitte Beschreiben sie den Charakter ihrer Kopfschmerzen: stechend, drückend, pulsierend?
  
- 2) Betreffen die Kopfschmerzen den ganzen Schädel oder sind auf einen Bereich beschränkt?
  
- 3) Bitte schätzen sie die Kopfschmerzstärke auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkste vorstellbare Schmerzen) ein.
  
- 4) Seit wann leiden sie unter den Kopfschmerzen? Sind diese dauerhaft vorhanden oder treten sie gelegentlich oder in regelhaften Abständen auf? Kam es initial zu einem schlagartigen Auftreten (wie ein Donnerschlag?)
  
- 5) Bestehen regelmässige Begleitsymptome wie Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit oder vegetative Zeichen wie Augentränen oder ein Naselaufen?
  
- 6.) Gibt es typische Auslöser für die Kopfschmerzen? Wenn ja, welche?
  
- 6) Erfolgte bereits eine Vorstellung bei einem niedergelassenen Neurologen?
  
- 7) Gibt es radiologische Vorbefunde (Schädel-MRT erfolgt)?

**Einschätzung Arzt:**

