

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:

