

Fragebogen zur Migränetherapie

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Tel.

Beruf

I. Schmerzlokalisierung

Wo genau spüren Sie Schmerzen oder Migränesymptome? _____

Zeichnen Sie ein Bild Ihrer Migräne.



Vorderansicht



Bild von Kopf und Schulterrückseite

Gibt es ein Schmerzzentrum, von dem die Schmerzen ausgehen?

Falls ja, wo genau liegt dieses Zentrum? _____

Welche Qualität hat dieser Schmerz? (zutreffendes unterstreichen)

spitz – dumpf – hell – ziehend – pochend – brennend

sonstiges: _____

Wie intensiv erleben Sie den Schmerzzustand, im akuten Migräneschub, auf einer Skala von 0-10? _____

(0 entspricht Schmerzfreiheit-10 kommt einem Vernichtungsschmerz gleich)

Gibt es beim akuten Migräneschub, vegetative Begleiterscheinungen?

(zutreffendes unterstreichen)

Übelkeit – Herzrasen – Schweißausbrüche – Schüttelfrost – Ohnmachtsgefühle
– Angstzustände

Haben Sie vor Beginn Ihrer Migräne folgende Zustände erlebt?

Falls ja, wie lange ist das her? (zutreffendes ankreuzen)

- Unfall _____
- Schleudertrauma _____
- Operationen _____
- Schockzustände _____
- Herzstillstand _____
- Bluttransfusion _____
- sonstige Verletzungen _____

Gibt es für Sie einen zeitlichen Bezug, zwischen obigen Zuständen und dem Beginn Ihrer Migräne?

II. Migräneauslöser (zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> abends | <input type="radio"/> nach Einnahme von Medikamenten |
| <input type="radio"/> morgens | <input type="radio"/> bestimmte Lebenssituationen |
| <input type="radio"/> Menstruation | <input type="radio"/> Computerarbeit |
| <input type="radio"/> Stress | <input type="radio"/> bei Begegnungen mit bestimmten Menschen |
| <input type="radio"/> nach Alkoholgenuss | <input type="radio"/> bei Lärm |
| <input type="radio"/> nach Zigaretten-genuss | <input type="radio"/> bei schlechter Luft |
| <input type="radio"/> am Wochenende | <input type="radio"/> sonstiges: _____ |
| <input type="radio"/> Wetterwechsel | |
| <input type="radio"/> nach einem langen Schlaf | |

III. Zeitlicher Verlauf

Seit wann leiden Sie unter Migräne oder Kopfschmerz? _____

Wie oft leiden Sie an Migräne oder Kopfschmerz? _____

regelmäßig wiederkehrend oder unregelmäßig (zutreffendes unterstreichen)

Können Sie sich noch daran erinnern wann und womit die Symptomatik begonnen hat? _____

Woran erkennen Sie, dass möglicherweise eine Migräne bevorsteht?

Beschreiben Sie die Symptome und in welcher Reihenfolge diese ablaufen:

1. Anzeichen einer Migräne _____
2. _____
3. _____

IV. Selbsthilfemöglichkeiten

Welche Mittel und Therapien haben Sie bereits ausprobiert? Mit welchem Ergebnis? _____

Welche Selbsthilfemöglichkeiten haben Sie, wenn Sie einen Migräneanfall oder Kopfschmerz haben? _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche? Wie oft?

V. Behandlungsziele definieren

Wie definieren Sie Ihre Behandlungsziele? Was sollte sich durch die Migränetherapie für Sie verändern? _____