

Kopfschmerzanamnese

(Ergänzung zum allgem. Anamnesebogen)

Datum / Name / Pat-Nr

Seit wann _____

Häufigkeit (Kopfschmerzkalender?) _____ x / Woche / Monat / Jahr

Wann zuletzt _____

Zeitliche Bindung an Tageszeit _____ / Wochentage _____ / Schulzeit / Ferien

Lokalisation einseitig / beidseitig / hinten / vorne / an Augen

Charakter Stechend / pochend / drückend

Intensität [schwach] **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** [stark]

Dauer der Episoden Minuten / Stunden / Tage

Aura Lichtblitze / Gefühlsstörungen / Lähmungen / andere _____

Begleitsymptomatik Licht-/Lärmempfindlichkeit / Übelkeit / Erbrechen
Gefühlsstörungen / Doppelbilder / Lähmungen / andere _____

Alltag beeinträchtigt durch Schmerz ja / nein

Schulfehlzeiten / Leistungsknick ja / nein

Medikamente + Häufigkeit Einnahme _____

Was hilft, was schadet? _____

Freizeit Aktivitäten _____

Medienkonsum _____ Stunden / Tag

Vegetative Anamnese Schlaf gut / mittel / schlecht
Sport ja / nein
Ernährung ausgewogen / einseitig / Intoleranzen od. Allergien
ausreichendes Trinken ja / nein

Psychosoziale Anamnese Freunde keine / ja / viele
Belastung in der Familie ja / nein

Diagnostik + Datum cMRT / AA / EEG / KJP / andere _____