



## Hausärztliche Arbeitsmethodik

### Hinweise zur strukturierten Anamneseerhebung

Patientenfragebögen können das Arbeiten in der Hausarztpraxis unterstützen, indem sie standardisiert z.B. folgende Punkte abfragen: Abwendbar gefährliche Verläufe, Dauer und Stärke der Beschwerden, bereits erfolgte Diagnostik, bereits erfolgte Therapieversuche. Zudem besteht die Möglichkeit, dies einfach zu dokumentieren.

Der Rückenschmerzfragebogen und der Kopfschmerzfragebogen ist in erster Linie für Patienten gedacht, die mit einer zweiten oder dritten Schmerzepisode in die Praxis kommen.

### Folgende Patientenfragebögen liegen vor:

- Rückenschmerzfragebogen
- Kopfschmerzfragebogen



## Kopfschmerzfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen möglichst guten Überblick zu ihrem Kopfschmerzproblem zu bekommen, möchten wir Sie bitten, uns diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Patienten ID: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wann sind Ihre Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage pro Monat (im Durchschnitt der letzten 3 Mon.) haben Sie Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Sind Sie zwischen den Kopfschmerzattacken komplett kopfschmerzfrei?  Ja  Nein

Sind Ihre Kopfschmerzen in letzter Zeit häufiger geworden?  Ja  Nein

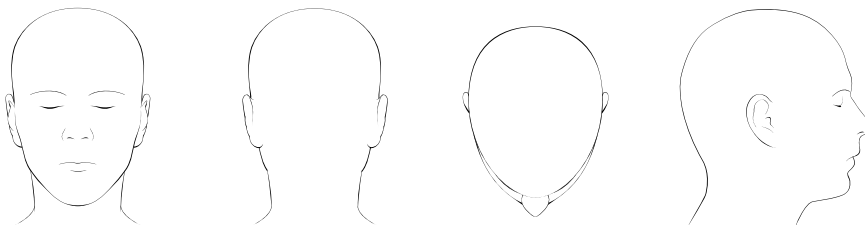
Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen üblicherweise an? Minuten \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_

Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen im Durchschnitt auf einer Skala von 0–10?  
(0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) \_\_\_\_\_

### Bitte beschreiben Sie den Kopfschmerz:

- drückend, dumpf bis ziehend  Übelkeit  Erbrechen  lichtscheu  lärmscheu  
 einseitiger Kopfschmerz  beidseitiger Kopfschmerz  pulsierend oder pochend  
 erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit  Verstärkung bei körperlicher Tätigkeit  
 Reduzierung der Leistungsfähigkeit: \_\_\_\_\_ Std. pro Tag  Sehstörungen  
 oder (kurz in eigenen Worten): \_\_\_\_\_

### Bitte zeichnen Sie ein, wo die Schmerzen überwiegend auftreten:



### Auslöser der Kopfschmerzen:

- Menstruation  Stress  Wochenende/Urlaub  
 Alkohol  Entspannung nach Stress  bestimmte Kopfbewegungen  
 andere, nämlich: \_\_\_\_\_



## Was vermuten Sie als Ursache?

### Wurde bei Ihnen eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt?

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis:

Computertomographie (CT) \_\_\_\_\_

Unauffällig  Auffällig

Kernspintomographie (MRT) \_\_\_\_\_

Unauffällig  Auffällig

### Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie der Kopfschmerzen? (Bitte versuchen Sie diese Frage so genau wie möglich zu beantworten!)

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Wirksamkeit:

\_\_\_\_\_

gut  mäßig  schlecht

\_\_\_\_\_

gut  mäßig  schlecht

### An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel oder Triptane ein?

weniger als 5  6-10  10-15  mehr als 15

### Haben Sie in der Vergangenheit andere Medikamente zur Akuttherapie (anderer Erkrankungen) eingenommen?

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Wirksamkeit:

\_\_\_\_\_

gut  mäßig  schlecht

\_\_\_\_\_

gut  mäßig  schlecht

### Nehmen oder haben Sie Medikamente zur Kopfschmerzvorbeugung eingenommen?

(z. B. Betablocker/Metoprolol; Topiramal; Flunarizin; Amitriptylin; Venlafaxin; Cymbalta etc.)

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Wirksamkeit:

\_\_\_\_\_

gut  mäßig  schlecht

\_\_\_\_\_

gut  mäßig  schlecht

### Haben Sie andere Behandlungen wegen der Kopfschmerzen erhalten?

(z. B. Akupunktur; Krankengymnastik; Botulinumtoxin)

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

### Machen Ihnen die Kopfschmerzen Angst?/Sorge? Ja Nein

### Bei welchen Spezialisten sind Sie schon wegen ihrer Kopfschmerzen gewesen?

\_\_\_\_\_ Wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wann?

### Vielen Dank!

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten