

KIELER KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN

NACH PROF. H. GÖBEL, KIEL

BEANTWORTEN SIE BITTE FOLGENDE FRAGEN:

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder ähnlich aussehen?

- Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- anfallsweises Auftreten,
- zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- einseitiges Auftreten
- pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.

1

Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja Nein

2

Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?

Ja Nein

3

Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?

Ja Nein

4

Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?

Ja Nein

5

Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?

Ja Nein

6

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja Nein

7

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja Nein

8

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

9

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

10

Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?

Ja Nein

11

Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an:

..... JAHRE

12

An wievielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an:

..... TAGE

13

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- beidseitiges Auftreten
- kann anfallsweise oder täglich auftreten
- drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- kein Erbrechen oder starke Übelkeit

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.

14

Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja Nein

15

Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?

Ja Nein

16

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?

Ja Nein

17

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?

Ja Nein

18

Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst?

Ja Nein

19

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja Nein

20

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja Nein

21

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

22

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja Nein

23

Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen?

Ja Nein

24

An wieviel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an:

..... TAGE

25

Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen?

Ja Nein

26

Seit wievielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an:

..... JAHRE

AUSWERTUNG

MIGRÄNE

	Kriterien	erfüllt	
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 2-5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 6-9	mindestens eine ja	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>	

EPISODISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens eine nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	

CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	nein	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	25 = ja und mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	