

Fragebogen zur Migränetherapie

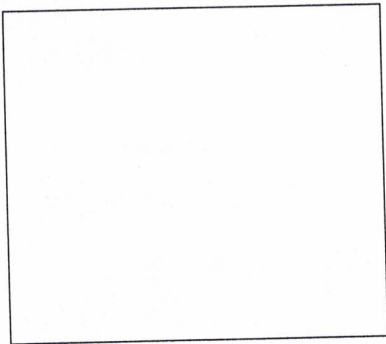
Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

SCHMERZLOKALISATION

1 Wo genau spüren Sie Schmerzen oder Migränesymptome?

Zeichnen Sie ein Bild Ihrer Migräne



Vorderansicht

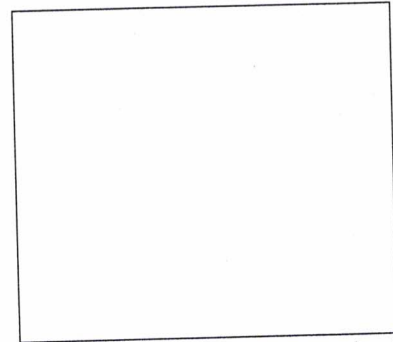


Bild von Kopf und Schulterrückseite

2 Gibt es ein Schmerzzentrum von dem die Schmerzen ausstrahlen?
Falls ja, wo genau liegt dieses Zentrum? _____

Welche Qualität hat dieser Schmerz?

- Spitz Dumpf hell ziehend pochend brennend
- Sonstiges _____

Wie intensiv erleben Sie den Schmerzzustand im akuten Migräneschub auf einer Skala von 0-10
(0 ist Schmerzfreiheit - 10 kommt einem Vernichtungsschmerz gleich) _____

4 Gibt es beim akuten Migräneschub, vegetative Begleiterscheinungen, z.B.?

- Übelkeit Herzrasen Schweißausbrüche Schüttelfrost Ohnmachtsgefühle Angstzustände

Hatten Sie vor Beginn Ihrer Migräne folgende Zustände erlebt? Falls ja, wie lange ist das her?

- Unfall _____
 Schleudertrauma _____
 Operationen _____
 Schockzustände _____
 Herzstillstand _____
 Bluttransfusionen _____
 Sonstiges Verletzungen _____

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

MIGRÄNEAUSLÖSER

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abends | <input type="checkbox"/> Morgens | <input type="checkbox"/> Nach Alkoholgenuss |
| <input type="checkbox"/> Menstruation | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Nach Zigaretten Genuss |
| <input type="checkbox"/> Am Wochenende | <input type="checkbox"/> Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> Nach Einnahme von Medikamenten |
| <input type="checkbox"/> Bestimmte Lebenssituationen | <input type="checkbox"/> Computerarbeit | <input type="checkbox"/> Bei Begegnung mit bestimmten Menschen |
| <input type="checkbox"/> Bei Lärm | <input type="checkbox"/> Bei schlechter Luft | <input type="checkbox"/> Nach einem langen Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |

ZEITLICHER VERLAUF

Seit wann leiden Sie an Migräne oder Kopfschmerz _____

Wie oft leiden Sie an Kopfschmerz und Migräne? _____

Regelmäßig wiederkehrend unregelmäßig

Können Sie sich noch daran erinnern, wann und womit die Symptome angefangen haben? _____

Woran erkennen Sie, dass möglicherweise eine Migräne kurz bevorsteht? _____

Beschreiben Sie die Symptome und in welcher Reihenfolge diese ablaufen

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

SELBSTHILFEMÖGLICHKEITEN

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

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

Nehmen Sie Medikamente? Welche? Wie oft? _____

BEHANDLUNGSZIELE DEFINIEREN

Wie definieren Sie Ihr Behandlungsziel? Was sollte sich durch die Migränetherapie für Sie ändern? _____