

# Kopfschmerz- kalender

Jahr: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Dres. med. Dieterle • Maier-Janson • Kunz  
Gemeinschaftspraxis für Neurologie • Psychiatrie  
Psychotherapie • spezielle Schmerztherapie

## Fragen zur Lebensqualität:

An wievielen Tagen in den letzten 3 Monaten konnten Sie wegen der Kopfschmerzattacken nicht der Arbeit/Ausbildung nachgehen?

An wievielen Tagen in den letzten 3 Monaten war darüberhinaus ihre Leistungsfähigkeit bei der Arbeit/Ausbildung zur Hälfte oder mehr wegen der Kopfschmerzattacken vermindert?

An wievielen Tagen in den letzten 3 Monaten konnten Sie die Hausarbeit aufgrund der Kopfschmerzattacken nicht erledigen?

An wievielen Tagen in den letzten 3 Monaten war darüberhinaus die Leistungsfähigkeit bei der Hausarbeit zu Hälfte oder mehr verringert?

An wievielen Tagen in den letzten 3 Monaten mussten Sie durch Kopfschmerzattacken auf familiäre, soziale oder Freizeit-Aktivitäten verzichten?

**Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen.**



neurologische  
gemeinschaftspraxis

gartenstraße 6, 88212 ravensburg  
telefon 0751 362420, telefax 0751 3624217  
kontakt@neurologie-ravensburg.de  
www.neurologie-ravensburg.de

Dres. med. Dieterle • Maier-Janson • Kunz  
Gemeinschaftspraxis für Neurologie • Psychiatrie  
Psychotherapie • spezielle Schmerztherapie

## Ihr persönlicher Kopfschmerzauslöser

Bitte kreuzen Sie alle Faktoren an, von denen Sie der Meinung sind, dass sie in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit ihren Kopfschmerzen stehen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Witterungseinflüsse               | <input type="checkbox"/> Seelische Faktoren   |
| <input type="checkbox"/> Wetterumschwung                   | <input type="checkbox"/> Streß in Beruf oder Familie  |
| <input type="checkbox"/> Föhnwetter                        | <input type="checkbox"/> Geistige Erschöpfung   |
| <input type="checkbox"/> Kälte                             | <input type="checkbox"/> Erregung   |
| <input type="checkbox"/> Reisen in andere Klimazonen       | <input type="checkbox"/> Angst  |
|  | <input type="checkbox"/> Traurigkeit  |
|  | <input type="checkbox"/> Weinen   |
| <input type="checkbox"/> Nahrung, Genußmittel, Medikamente | <input type="checkbox"/> Änderungen im gewohnten Lebensrhythmus                                     |
| <input type="checkbox"/> Käse                              | <input type="checkbox"/> Auslassen von Mahlzeiten   |
| <input type="checkbox"/> Gewürze                           | <input type="checkbox"/> Veränderung im Schlaf-Wach Rhythmus, z.B. langes Ausschlafen am Wochenende |
| <input type="checkbox"/> Wein                              | <input type="checkbox"/> Entspannung am Wochenende  |
| <input type="checkbox"/> Kaffee                            | <input type="checkbox"/> Urlaubsbeginn  |
| <input type="checkbox"/> Alkohol                           |   |
| <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva                     |   |
| <input type="checkbox"/> Andere                            |   |

Bitte beachten Sie, dass in einigen Fällen auch der Wegfall eines Faktors (z.B. Streß, übermäßiger Kaffeegenuß) einen Migräne-Anfall auslösen kann!

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Körperliche Faktoren                                 |
| <input type="checkbox"/> Überanstrengung, z.B. Sport, Heben schwerer Gewichte |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Erschöpfung                              |
| <input type="checkbox"/> Helles flackerndes Licht                             |
| <input type="checkbox"/> Überanstrengung der Augen, z.B. Bildschirmarbeit     |
| <input type="checkbox"/> Laute Geräusche                                      |
| <input type="checkbox"/> Intensive Gerüche                                    |
| <input type="checkbox"/> Heißes Baden oder Duschen, Sauna                     |
| <input type="checkbox"/> Menstruation   |

## Kopfschmerzdiagnose:

Welchem Kopfschmerztyp sind Sie zuzuordnen?

Diagnosekriterien für:

### Kopfschmerztyp 1

Sie haben mindestens 2 der folgenden Hauptmerkmale:

- einseitiger Schmerz
- pulsierender Schmerz
- erhebliche Behinderung der Tagesaktivität
- Verstärkung bei körperlicher Aktivität

Sie haben **mindestens** 1 dieser Begleiterscheinungen:

- Übelkeit
- Erbrechen
- Lichtüberempfindlichkeit
- Lärmüberempfindlichkeit

**Bitte kreuzen Sie den für Sie zutreffenden Kopfschmerztyp an:**

- Typ 1:** Migräne
- Typ 2:** Kopfschmerz vom Spannungstyp

### Kopfschmerztyp 2

Sie haben mindestens 2 der folgenden Hauptmerkmale:

- beidseitiger Schmerz
- drückender, ziehender Schmerz
- geringe Behinderung der Tagesaktivität
- keine Verstärkung durch körperliche Aktivität

Sie haben **höchstens** 1 dieser Begleiterscheinungen:

- Lichtüberempfindlichkeit
- Lärmüberempfindlichkeit

