



Patienten – Fragebogen zur Migränetherapie nach Kern

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

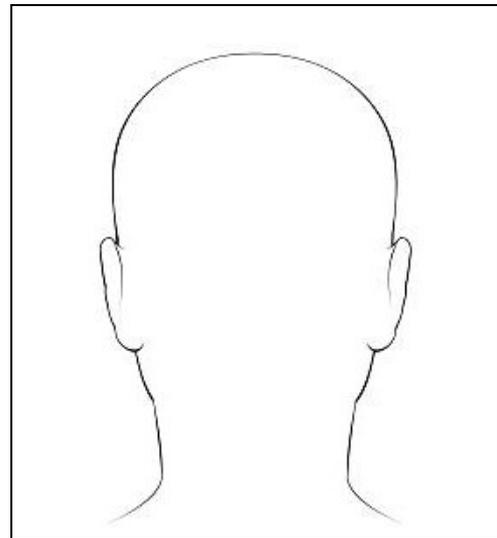
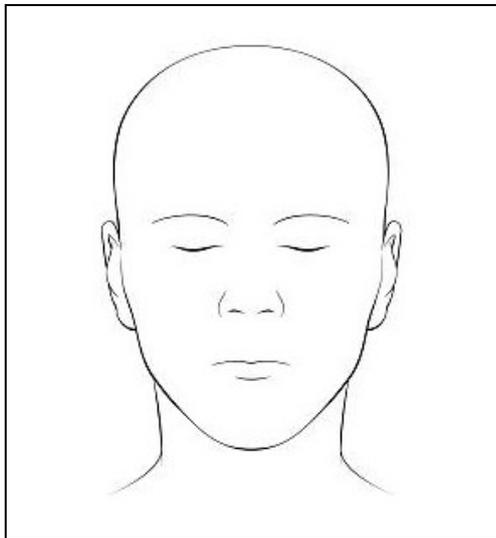
Berufliche Tätigkeit: _____

1. Schmerzlokalisierung

Wo genau spüren Sie Schmerzen oder Migränesymptome?

Ist der Schmerz an der Körperoberfläche oder im Körperinnenraum spürbar?

Zeichnen Sie ein Bild Ihrer Migräne:



Gibt es ein Schmerzzentrum von dem die Schmerzen ausstrahlen?

Ja

Nein

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 1 bis 10? (0 = schmerzfrei,

10 = kommt einem Vernichtungsschmerz gleich) _____

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

- Übelkeit Herzrasen Schweißausbrüche Schüttelfrost
 Ohnmachtsgefühl Angstzustände Sonstiges _____

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

- Unfall _____
 Operation _____
 Schockzustände _____
 Herzstillstand _____
 Bluttransfusion _____
 Zwischenmenschliche Traumen (Beziehung, Mobbing, ...) _____
 Sonstige Verletzungen _____

2. Migräneauslöser

Was löst die Migräne aus und wann?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> nach Einnahme von Medikamenten |
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> bestimmte Lebenssituationen |
| <input type="checkbox"/> Menstruation | <input type="checkbox"/> Computerarbeit |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> bei Begegnung mit bestimmten Menschen |
| <input type="checkbox"/> nach Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> Lärm |
| <input type="checkbox"/> nach Zigarettengenuss | <input type="checkbox"/> schlechte Luft |
| <input type="checkbox"/> am Wochenende | <input type="checkbox"/> nach einem langen Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

3. Zeitlicher Verlauf

Seit wann leiden Sie an Migräne oder Kopfschmerzen? _____

Wie oft leiden Sie an Kopfschmerzen und Migräne?

regelmäßig wiederkehrend oder unregelmäßig

Gibt es auch längere Zeiten von Beschwerdefreiheit? Wenn ja, wie lange sind diese?

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. _____

4. 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 Medikament? Welche? Wie oft?

5. Behandlungsziele definieren?

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