

Migräne-Fragebogen[®]

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Geschlecht: m w Beruf: _____ Telefon: (tagsüber) _____

Krankenkasse: _____

1. In welchem Alter begann Ihre Migräne?
2. Kennen Sie den damaligen Anlass oder Auslöser?
3. Sind weitere Familienangehörige von Migräne betroffen? Wenn ja, wer?
4. An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie „normale“ Kopfschmerzen?
5. An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie Migräne?
6. Wie lange dauert Ihre Migräne durchschnittlich?

- < 2 Stunden 3-4 Stunden 5-12 Stunden
 12-24 Stunden >24 Stunden > 1 Woche

7. Wie schmerzhaft ist Ihre Migräne? (Markieren Sie bitte eine Zahl auf der Skala)
(Bitte geben Sie die Schmerzstärke in Zahlen an. Je höher die Zahl, desto stärker der Schmerz.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bei den folgenden Fragen können Sie eine oder mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen

8. Wo am Kopf befindet sich der Schmerz hauptsächlich?

	rechts	links
<input type="checkbox"/> hinter dem Auge		
<input type="checkbox"/> über der Augenbraue		
<input type="checkbox"/> Schläfe		
<input type="checkbox"/> am Hinterkopf		
<input type="checkbox"/> Verteilung (in %) pro Seite		

9. Haben Sie während eines Migräneanfalls ein Druckgefühl und/oder Schmerzen in der Nase?

- immer manchmal nie

10. Hatten oder haben Sie Schwierigkeiten mit den Nasennebenhöhlen?

- ja nein

11. Beeinflusst das Wetter Ihre Migräne ?

- immer manchmal nie

12. Werden Sie nachts durch Ihre Migräneschmerzen wach?

- immer oft manchmal nie

13. Haben Sie schon einmal eines oder mehrere der folgenden Symptome vor oder während der Migräne erlebt?

	vor	während		vor	während
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen immer mit Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall (ohne Erbrechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräuschempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tränenfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vermehrte Schweißsekretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung der Augenlider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vermehrte Nasensekretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen (Doppelbilder, Blitze, Zick-Zack-Linien, Abnahme d. Sehstärke, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterzuckerung (Hypoglykämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			andere Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der folgenden Frage können Sie eine oder mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen

14. Leiden Sie vor oder während der Migräne an gesteigerter Schmerzempfindlichkeit (Allodynie)?

- Mein Haar schmerzt
- Ich muss mein Haar herunterlassen (Spangen/Bänder entfernen, Steckfrisuren auflösen)
- Ich benutze keine Lockenwickler/keinen Lockenstab mehr
- Bei Kopfschmerzen lasse ich manchmal mein Haar in der Badewanne treiben, um Erleichterung zu bekommen
- Ich musste meine langen Haare abschneiden um das Gewicht auf der Kopfhaut zu reduzieren
- Regen-/Duschschauer auf meinem Kopf verursachen Schmerzen
- Ich kann keine Kopfbedeckungen tragen
- Lidschatten auf den Augen stört mich
- Ich kann keine Kopfhörer tragen während der Migräne
- Während der Migräne ist mir eine Decke auf meinem Körper unangenehm
- Meine Finger schmerzen, wenn ich etwas anfasse
- Die Schmerzempfindlichkeit hat sich in den letzten Jahren gesteigert

15. Was verschafft Ihnen Erleichterung während der Migräne?

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Dunkelheit | <input type="checkbox"/> Musik |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> warmes Wasser | <input type="checkbox"/> Lesen |
| <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> kaltes Wasser | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |

16. Was löst bei Ihnen die Migräne aus oder macht sie noch schlimmer?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> Licht |
| <input type="checkbox"/> körperliche Anstrengung | <input type="checkbox"/> Gerüche | <input type="checkbox"/> Stress/Ärger |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige od. späte Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> bestimmte Lebensmittel | <input type="checkbox"/> zu viel oder zu wenig Schlaf | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |

**17. Falls Sie eine Frau sind, ändert/e sich Ihre Migräne durch diese Faktoren?
Wenn ja, wie?**

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Monatsblutung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pille | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormontabletten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | _____ |

18. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Kopf- oder Halsverletzung, die medizinisch behandelt wurde?

- nein ja welche?

19. Haben Sie oder hatten Sie eines der folgenden medizinischen Probleme?

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |

20. Sind Sie fehlsichtig (kurz- oder weitsichtig)?

- Ja, kurzsichtig Ja, weitsichtig

21. Tragen Sie zum Ausgleich der Fehlsichtigkeit

- Brille Kontaktlinsen, hart Kontaktlinsen, weich

22. Wurde Ihre Migräne irgendwann von einem Arzt untersucht und behandelt?

- ja, von einem Hausarzt Orthopäde
 Neurologe Internist
 nein andere

23. Welche Untersuchungen wurden in der Vergangenheit wegen der Migräne bei Ihnen durchgeführt?

- EEG (Gehirnstrommessung) Blutuntersuchung
 CT (Computertomografie) Röntgen
 MRT (Kernspin-Tomographie) EKG
 andere:

24. Nehmen Sie hauptsächlich

- rezeptfreie Medikamente ein?**

Welche? _____

- rezeptpflichtige Medikamente ein?**

Welche? _____ Seit wann? _____

Wie hoch sind Ihre persönlichen Ausgaben für Medikamente pro Monat?

ca. _____ EURO

25. Helfen Ihnen diese Medikamente?

- immer meist gelegentlich etwas nein

26. Wie viele Arztbesuche haben Sie wegen der Migräne im letzten Jahr absolviert?

- keine 1-4 5-10 > 10

27. Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie wegen der Migräne im letzten Jahr aufgesucht?

- keine 1-3 4-7 8-10

28. Unternehmen Sie etwas zur Vorbeugung gegen Migräne (Prophylaxe)

- Musik zur Entspannung Sport Lokalanästhesie
 Muskelentspannung Neuraltherapie Medikamente

29. Wie viele Tage waren Sie im vergangenen Jahr wegen der Migräne krank und konnten nicht arbeiten?

- < 3 Tage 4-7 Tage 8-14 Tage 15-21 Tage > 3 Wochen

30. Mussten Sie im vergangenen Jahr wegen der Migräneschmerzen die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen oder den Notarzt rufen?

- ja nein falls ja, wie oft?

31. Welche der folgenden Behandlungsmethoden haben Sie in der Vergangenheit angewendet?

- Homöopathie Migränekissen Akupunktur
 Psychotherapie Hypnose Chiropraxis
 Entspannungsübungen Kräuter Andere

Falls Ihnen eine oder mehrere der o. g. Methoden geholfen haben, notieren Sie bitte die Dauer der Besserung in Monaten dazu:

