Migräne

Dieser Fragebogen hilft uns, deine Beschwerden vorab gut einzuordnen. Bitte fülle ihn in Ruhe aus und bringe ihn zu deinem nächsten Termin mit. Wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, lass sie einfach frei. Deine Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

○ eine Antwort ☐ mehrere Antworten möglich

Persönliche Angaben

Name _____

Datum _____

Aktuelle Beschwerden

01 Wurde bei dir eine Migräne ärztlich diagnostiziert?

○ Ja, mit Aura ○ Ja, ohne Aura

○ Nein ○ Nicht sicher

02 Wo treten deine Schmerzen überwiegend auf?

○ Einseitig

Wenn einseitig:

○ rechts ○ links ○ wechselnd

○ Beidseitig ○ Nicht sicher

03 Bitte zeichne Schmerzzentrum und Verlauf ein.



Vorne



Links



Rechts



Hinten

04 Wie würdest du die Schmerzen beschreiben?

☐ Pochend ☐ Drückend

☐ Stechend ☐ Pulsierend

☐ Dumpf

☐ Sonstiges: _____

05 Wie stark sind deine Schmerzen bei einer typischen Attacke?

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = kein Schmerz 10 = sehr stark

06 Hast du vor oder während einer Attacke eine visuelle Aura?

○ Ja ○ Nein

○ Nicht sicher

Falls ja, welche Symptome? Mehrfachauswahl möglich

☐ Lichtblitze / Flimmern ☐ Verschwommen sehen

☐ Zackenformen ☐ Blinder Fleck

☐ Sonstiges: _____

07 Hast du Begleiterscheinungen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Übelkeit ☐ Erbrechen

☐ Lichtempfindlichkeit ☐ Geräuschempfindlichkeit

☐ Schwindel ☐ Geruchsempfindlichkeit

☐ Kribbeln / Taubheit ☐ Sprachprobleme

☐ Tinnitus

☐ Sonstiges: _____

08 Wie lange dauert bei dir eine typische Attacke?

○ Unter 4 Std. ○ 4 bis 24 Std.

○ 24 bis 72 Std. ○ Über 72 Std.

09 Wie häufig treten deine Beschwerden ungefähr auf?

Migränetage / Monat: _____

Kopfschmerztage / Monat:

10 Wurden dir Medikamente gegen Migräne verordnet?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, welche? _____

11 Kannst du deine Beschwerden mit Auslösern in Verbindung bringen?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Schlafmangel
- ☐ Stress
- ☐ Zyklus
- ☐ Ernährung
- ☐ Alkohol / Gerüche
- ☐ Wetterwechsel
- ☐ Viel Bildschirmarbeit
- ☐ Lärm
- ☐ Schlechte Luft
- ☐ Nichts erkennbar

☐ Sonstiges: _____

12 Kannst du mit akuter Migräne deinen Alltag bewältigen?

- ○ Weitgehend möglich
- ○ Nur mit Schmerzmitteln
- ☐ Krankmeldung erforderlich

Migränebedingte Ausfalltage (letzte 3 Monate): _____

13 Woran merkst du, dass sich eine Migräneattacke ankündigt?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Schulter-Nacken-Verspannungen
- ☐ Kiefergelenkschmerzen
- ☐ Konzentrationsschwierigkeiten
- ☐ Augenschmerzen / Druckgefühl
- ☐ Muskelzuckungen
- ☐ Nicht sicher
- ☐ Sonstiges: _____

14 Was hilft dir während einer Attacke?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Ruhe / Schlaf
- ☐ Dunkelheit
- ☐ Kälte / Wärme
- ☐ Entspannung
- ☐ Bewegung

☐ Sonstiges: _____

15 Seit wann hast du wiederkehrende Migränesymptome?

Beginn ungefähr (Jahr / Alter): _____

- ○ Unverändert
- ○ Zunehmend

16 Welche Behandlungen hast du bisher ausprobiert?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Physiotherapie
- ☐ Ärztliche Behandlung
- ☐ Entspannung / Stressmanagement
- ☐ Akupunktur
- ☐ Zahnschiene
- ☐ Ernährungsumstellung

☐ Sonstiges: _____

Was hat dir davon geholfen?

17 Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang zwischen einem Ereignis und dem ersten Auftreten deiner Migräne?

Zum Beispiel ein Unfall, eine Behandlung oder eine hohe psychische Belastung.

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Nicht sicher

Wenn ja, welches? _____