

Kieler Kopfschmerz-Fragebogen

(nach H. Göbel, Schmerzklinik Kiel)

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder ähnlich aussehen?

- ▶ Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- ▶ anfallsweises Auftreten, zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- ▶ einseitiges Auftreten
- ▶ pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- ▶ Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten

Ja, dann beginnen Sie mit der Beantwortung der Frage 1

Nein, dann beginnen Sie mit der Beantwortung der Frage 13

1 Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt? Ja Nein

2 Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken? Ja Nein

3 Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben? Ja Nein

4 Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen? Ja Nein

5 Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden? Ja Nein

6 Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden? Ja Nein

7 Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden? Ja Nein

8 Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein

9 Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein

10 Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen? Ja Nein

11 Wie lange leiden Sie schon an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an: Jahre:

12 An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: Tage:

13 Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- ▶ Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- ▶ beidseitiges Auftreten
- ▶ kann anfallsweise oder täglich auftreten
- ▶ drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- ▶ kein Erbrechen oder starke Übelkeit

Ja, dann beantworten Sie bitte folgende Fragen

Nein, die Befragung ist dann abgeschlossen

14 Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Min. bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt? Ja Nein

15 Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben? Ja Nein

16 Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen? Ja Nein

17 Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten? Ja Nein

18 Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst? Ja Nein

19 Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden? Ja Nein

20 Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden? Ja Nein

21 Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein

22 Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein

23 Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen? Ja Nein

24 An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an: Tage:

25 Leiden Sie schon länger als sechs Monate an solchen Kopfschmerzen? Ja Nein

24 Seit wie vielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an: Jahre:

Auswertung Kopfschmerz-Fragebogen

Migräne

	Kriterien	erfüllt	
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen alle Kriterien erfüllt sein.
Fragen 2 – 5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	
Fragen 6 – 9	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>	

Episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp

	Kriterien	erfüllt	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen alle Kriterien erfüllt sein.
Fragen 15 – 18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	
Fragen 19,20	beide nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 21,22	mindestens ein nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23,24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	

Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp

	Kriterien	erfüllt	
Fragen 15 – 18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	es müssen alle Kriterien erfüllt sein.
Frage 20	nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 19,21,22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 24,25	25 = ja und mind. als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	