

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Neurologisch-verhaltensmedizinische

SCHMERZKLINIK KIEL



Kopfschmerzanamnese

Untersucher: _____

Datum: _____

Kopfschmerztyp _____ von _____

Beginn: im Alter von _____ Jahren

Verlaufsform Attacken Dauerschmerz

Attackendauer _____

Häufigkeit _____ / Monat

Lokalisation halbseitig beidseitig

orbital frontal temporal

parietal okzipital _____

Intensität (0 –10) ___ minimal ___ maximal ___ durchschnittlich

Charakter pulsierend stechend dumpf-drückend

brennend _____

Begleiterscheinungen Übelkeit Erbrechen Photophobie

Phonophobie Osmophobie Schwindel

Lakrimation Rhinorrhoe konjunk. Injektion

Miosis Ptosis nasale Kongestion

Schlafstörung Konzentrationsstörungen

Prodromi _____

Aura visuell sensorisch motorisch

Sprache _____

Entwicklung _____

Dauer _____

Pause zu Kopfschmerz _____

Allgemeinanamnese

Medikamente

Allergien

Alkohol / Nikotin

Sozialanamnese

Familienanamnese

Diagnosen