

# Checkliste für Kopfschmerzen



Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

*Bitte fülle die Checkliste sorgfältig und bedacht aus. Benutze bei Bedarf die Rückseite*

## 1. Wann treten die Kopfschmerzen auf?

(Tageszeit, Wochentag, bestimmte Arbeit oder sonstige Begebenheit)

---

## 2. Treten die Kopfschmerzen regelmäßig oder unregelmäßig auf?

regelmäßig:  unregelmäßig:

## 3. Wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

\_\_\_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_\_\_ Mal pro Monat      \_\_\_\_\_ Mal pro Jahr

## 4. Sind die Kopfschmerzen einseitig oder beidseitig?

einseitig:  beidseitig:

## 5. Wo genau treten die Kopfschmerzen auf?

Stirn:  Hinterkopf:  Schläfen:  hinter den Augen:

linke Kopfseite:  rechte Kopfseite:

## 6. Werden die Kopfschmerzen von anderen Schmerzen begleitet? z. B. Nackenschmerzen?

---

**7. Gibt es weitere Symptome?**

Übelkeit:  Erbrechen:  Schlafstörungen:  Seheinschränkungen:   
Lichtempfindlichkeit:  Geruchsempfindlichkeit:  Missempfindungen:   
Druck in den Nasennebenhöhlen:  Konzentrationsstörungen:

**8. Treten sie immer an der gleichen Stelle oder an verschiedenen Stellen auf?**

gleiche Stelle:  verschiedene Stellen:

wandert von/zu:

\_\_\_\_\_

**9. Wie fühlen sich die Kopfschmerzen an?**

stechend:  brennend:  klopfend:  dumpf-drückend:   
pulsierend:  ziehend:  anders: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Wie verhält sich die (jeweilige) Intensität auf einer Skala von 1-10?**

steigend (z. B. 4-8): \_\_\_\_\_ gleichbleibend (z. B. 5): \_\_\_\_\_ sinkend (z. B. 7-3): \_\_\_\_\_

**11. Wie lange dauern die Kopfschmerzen an?**

Minuten:  Stunden:  Tage:

**12. Beeinträchtigen die Kopfschmerzen den Alltag?**

nein:  wenig:  stark:

**13. Werden die Kopfschmerzen durch körperliche Aktivität stärker?**

ja:  nein:

**14. Werden die Kopfschmerzen durch andere Umstände verstärkt?**

nein:  falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

**15. Wie lange hast Du die Kopfschmerzen schon? (Wann sind sie zum ersten Mal aufgetreten?)**

---

**16. Ist vor dem Auftreten der ersten Kopfschmerzen etwas passiert?**

(Unfall, Operation, sonstiges?)

---

**17. Werden Medikamente gegen die Kopfschmerzen eingenommen?**

Welche helfen, welche helfen nicht?

---

**18. Werden andere Medikamente eingenommen?**

nein:  falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

**19. Wie häufig wird Nikotin konsumiert?**

\_\_\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_\_\_ Mal pro Monat

**20. Wie häufig wird Alkohol konsumiert?**

\_\_\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_\_\_ Mal pro Monat

**21. Werden andere Drogen konsumiert?**

nein:  falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Wie häufig?

\_\_\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_\_\_ Mal pro Monat

**22. Wurden die Kopfschmerzen schon einmal untersucht?**

nein:  falls ja, wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Therapie?: \_\_\_\_\_

**23. Bestehen zur Zeit Erkrankungen (akut und chronisch)?**

nein:  falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**24. Welche Operationen wurden bislang durchgeführt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**25. Kommen Kopfschmerzen regelmäßig bei Familienmitgliedern vor?**

ja:  nein:

**26. Welche Erkrankungen sind in der Familie bekannt?**

---

---

---

**27. Könntest Du Dir eine Ursache (einen Auslöser) für die Kopfschmerzen vorstellen?**

---

---

---

**28. Fällt Dir noch etwas ein?**

---

---

---

**Anmerkungen vom Arzt:**

---

---

---

---

---

---