

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:
