

# Kieler Kopfschmerz-Fragebogen

(nach H. Göbel, Schmerzlinik 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? **1** Ja  Nein

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

**3** Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben? **3** Ja  Nein

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

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

**6** Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden? **6** Ja  Nein

**7** Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden? **7** Ja  Nein

**8** Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden? **8** Ja  Nein

**9** Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden? **9** Ja  Nein

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

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

**12** An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: **12** 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? **14** Ja  Nein

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

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

**17** Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten? **17** Ja  Nein

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

**19** Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden? **19** Ja  Nein

**20** Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden? **20** Ja  Nein

**21** Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden? **21** Ja  Nein

**22** Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden? **22** Ja  Nein

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

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

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

**24** Seit wie vielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an: **24** 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"/>	