

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"/>	