

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

mein Ziel ist es, Ihnen rasch und kompetent zu helfen. Vor der Therapie steht jedoch die Diagnosefindung. Sie können uns dabei entscheidend unterstützen, wenn Sie die Zeit des Wartens nutzen und uns folgende Fragen zu Ihren **Kopfschmerzen** sowie früheren Erkrankungen beantworten könnten.

NAME, GEBURTSDATUM	
FAMILIENSTAND	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet; <input type="radio"/> Kinder:
BERUF	

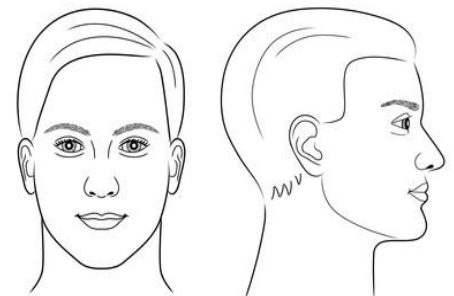
AKTUELLE BESCHWERDEN

Seit wann haben Sie diese Kopfschmerzen? _____

Wie alt waren Sie bei der ersten Kopfschmerzattacke dieser Art? _____ **Jahre**

Wo haben Sie die meisten Schmerzen? Bitte zeichnen Sie diese ein:

- meist** einseitig/ umschrieben
- meist** ganzer Kopf/ diffuse
- Hinterkopf / Nacken
- Stirn/ Schläfenbereich
- ganzer Kopf



© snyggg.de - Fotolia.com

#00649753

Beschreiben Sie den Schmerzcharakter:

- klopfend/ pochend
- drückend/ dumpf
- stechend
- anders:

Leiden Sie vor oder während der Kopfschmerzen unter folgenden Begleitbeschwerden?

- Sehstörungen oder kurze Blindheit
- Übelkeit / Erbrechen
- Lärmempfindlichkeit
- Naselaufen
- Schmerzen/ Muskelkater der Kaumuskelatur beim Kauen
- Muskelschmerzen in Oberarmen und Oberschenkeln
- ungeklärte Gewichtsabnahme
- Nachtschweiß?
- Kribbeln/ Taubheit/ Lähmung
- Lichtempfindlichkeit
- rotes, tränendes Auge
- Lymphknotenschwellungen

Wie lange dauert der Kopfschmerz ohne die Einnahme von Schmerzmitteln?

- Sekunden
- weniger als 30 min
- mehrere Stunden

Wie verhalten Sie sich, wenn Sie unter Kopfschmerzen leiden

- ausruhen, sofern möglich
- umherlaufen
- Verschlechterung der Kopfschmerzen auf körperliche Belastung

Welche Medikamente und wie viel nehmen Sie bei Kopfschmerzen ein?

Medikamentenname:

Wie viele Tabletten pro Attacke:

Helfen die Medikamente: ja nein

Wie viele Tabletten im Monat:

Wie häufig im Monat leiden Sie unter diesen Kopfschmerzen?

- weniger als 3 Tage mehr als 3 Tage:

Leidet ein Verwandter (Mutter, Vater, Geschwister, eigene Kinder) unter ähnlichen Kopfschmerzen?

Kennen Sie Auslöser Ihrer Kopfschmerzen?

- Stress Erholung am Wochenende/ Urlaub
 Nahrung (Käse, Schokolade..) / Alkohol Monatsblutung/ Menstruation

KRANKHEITSGESCHICHTE

Sind oder waren Sie an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

Gynäkologische Vorerkrankungen

- besteht eine Schwangerschaft ja nein
hatten Sie häufigere Fehlgeburten: ja nein
Jahr der letzten Vorsorge:
Jahr der letzten Mammographie:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck Ohnmacht
 Herzinfarkt Schlaganfall familiär gehäufte Hirnblutungen
 Herzrhythmusstörungen Durchblutungsstörungen der Beine: pAVK
 Herzschrittmacher Neigung zu Thrombosen oder Embolien

Nieren- oder Lebererkrankungen

- verminderte Ausscheidungsfunktion Leberzirrhose / Leberschaden

Magen-Darm-/ Leber-Erkrankungen

- wiederholte Magen- oder Darmgeschwüre Blut im Stuhl

Augenärztliche Vorerkrankungen

- Engwinkelglaukom/ grüner Star trockene Augen

Allergien/ Unverträglichkeiten (vor allem auf Medikamente)?

Psychiatrische Vorerkrankungen

- Depressionen Ein- und Durchschlafstörungen

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wie viel Alkohol pro Tag?
Was?

Rauchen Sie?

Wieviel rauchen Sie pro Tag?
Seit wann?

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung (Krebs)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein; falls ja, welche: Marcumar ASS Plavix/Clopidogrel
 andere:

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe!

dr. med. petra willand | Fachärztin für Neurologie