



Kopfschmerzfragebogen

Lieber Patient!

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Fragen finden. Diese sind zur Ursachenerkennung und zur Auswahl der Behandlung von besonderer Wichtigkeit.

Bitte versuchen Sie deshalb, alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Bitte schicken Sie den Fragebogen noch vor Ihrem Aufnahmetermin ausgefüllt an das **Regionale Schmerzzentrum DGS Bonn-Bad Godesberg** zurück.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Telefonnummer:

Krankenkasse:

Beruf mit genauer Angabe der ausgeübten Tätigkeit:

.....

.....

.....

Name und Adresse des überweisenden Arztes:

.....

.....

.....

Dr. med.

Michael Küster

Facharzt für Innere- und
Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Manuelle Therapie – Chirotherapie
Naturheilverfahren
Notfallmedizin
Qualif. Palliativarzt KV Nordrhein

Weißdornweg 4 - 6
53177 Bonn - Bad Godesberg
(Heiderhof)

Tel.: 0228 9323999
Fax: 0228 9323988
E-Mail: info@praxis-kuester.de
Internet: www.praxis-kuester.de

Mitgl. Vorstand Deutsche Gesells.
f. Schmerztherapie DGS e.V.
1. Vize-Direktor Institut f.
Qualitätssicherung in
Schmerztherapie
u. Palliativmedizin IQUISP e.V.

Praxisschwerpunkte

Hausärztliche Betreuung

- Innere / Allgemeinmedizin
- Notfallmedizin
- Naturheilverfahren
- Sportmedizin
- DMP Diabetes, Asthma, COPD

Spezielle Schmerztherapie

- Chron. Schmerzen
- Tumorschmerzen
- Schmerzen Bewegungsapparat
- Bes. Versorgungformen:
 - FPZ Deutschland
 - Novotergum
- Stoßwelle / Vibrationstherapie

Kopfschmerzsprechstunde

- Incl. Kinderkopfschmerz-
sprechstunde
- Vertragspartner von:

Kopfschmerzambulanz Kiel
Westdeutsches Kopf-
schmerzzentrum Essen

- IV Kopf- und Rückenschmerz

Fortbildungen

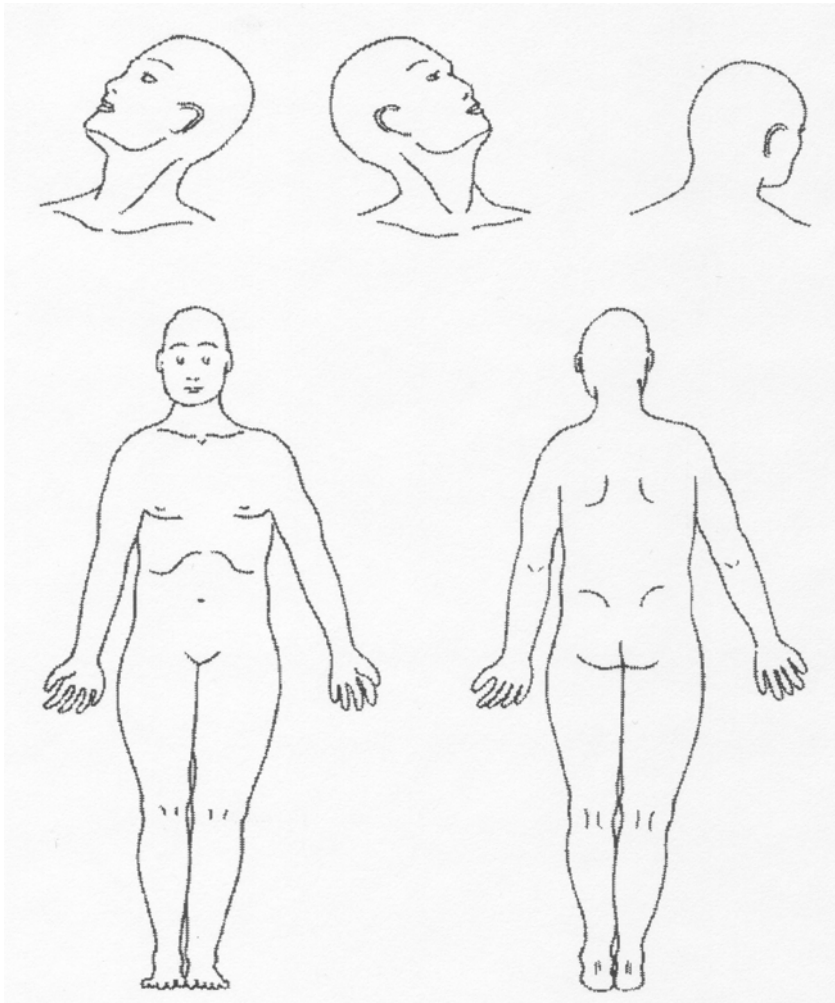
- Bonner Schmerztage
- Palliativmedizin Curriculum
- Lehrpraxis Universität Bonn
- Lehrbeauftragter Uni Bonn u.
Uni Leipzig

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

A. Schmerzlokalisierung

1. Wo sind Ihre Schmerzen lokalisiert? Bitte zeichnen Sie im nachstehenden Körperschema ein, an welchen Körperteilen Ihre Schmerzen auftreten. Zur Kennzeichnung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:

- Ein Kreuz, wenn der Schmerz eng umgrenzt bzw. punktförmig auftritt und Sie diese Körperstelle genau angeben können.
- Umgrenzen Sie den ungefähren Auftretensort mit einer Linie, wenn der Schmerz eher unklar lokalisiert ist,
- Falls Sie an mehreren Körperstellen Schmerzen verspüren, kennzeichnen Sie diese Orte entsprechend und schreiben Sie bitte eine 1 an den Ort, an dem der Schmerz am stärksten ist.
- Falls der Schmerz in andere Körpergebiete ausstrahlt, kennzeichnen Sie dies mit einem Pfeil.



Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

2. Befindet sich der Schmerz immer an der gleichen Körperstelle oder wandert er?

- immer am gleichen Ort
- wandert meist umher
- der Schmerz wechselt von einer Körperhälfte zur anderen
- die Schmerzen können prinzipiell an jeder Körperstelle auftreten

3. Wo tritt der Schmerz auf:

- eher tiefliegend, im Körperinneren
- eher oberflächlich, in Hautnähe
- sowohl tiefliegend als auch in Hautnähe

4. Strahlt der Schmerz aus?

- vom Kopf in die Nacken- und Schulterregion
- vom Nacken über den Hinterkopf zur Stirn und Schläfen
- vom Hals in den rechten Arm
- vom Hals in den linken Arm
- vom Rücken in das rechte Bein
- vom Rücken in das linke Bein

5. Falls Sie an Kopfschmerzen leiden: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

- ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ich habe einen ständigen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf *und* zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle
- ich habe immer einen dumpfen Druck im gesamten Kopf *und* zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

B. Intensität

6. Bitte geben Sie mit Hilfe der abgebildeten Skala an, welche Intensität Ihr Schmerz im allgemeinen hat. Stellen Sie dazu zuerst fest, in welchen Bereich der Skala Ihr Schmerz gehört, in den sehr schwachen, schwachen, mittleren, starken oder sehr starken. Innerhalb des Bereiches haben Sie die Möglichkeit feiner einzuteilen; dazu brauchen Sie nur diepassende Zahl anzukreuzen.

- 51
- 50
- 49
- 48
- 47
- 46 sehr starker Schmerz
- 45
- 44
- 43
- 42
- 41
- 40
- 39
- 38
- 37
- 36 starker Schmerz
- 35
- 34
- 33
- 32
- 31
- 30
- 29
- 28
- 27
- 26 mittlerer Schmerz
- 25
- 24
- 23
- 22
- 21
- 20
- 19
- 18
- 17
- 16 schwacher Schmerz
- 15
- 14
- 13
- 12
- 11
- 10
- 9
- 8
- 7
- 6 sehr schwacher Schmerz
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0
- kein Schmerz

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

C. Zeitlicher Verlauf

7. Seit wann leiden Sie unter Schmerzen?

- seit weniger als 1 Monat
- seit 1 bis 2 Monaten
- seit 2 bis 4 Monaten
- seit 4 bis 6 Monaten
- seit 6 bis 12 Monaten
- seit 1 bis 2 Jahren
- seit 2 bis 5 Jahren
- länger als 5 Jahre, ungefähr _____ Jahre

8. Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?

- ständig
- Wie oft pro Tag, falls Schmerzen täglich mehrmals auftreten?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____ mal

An wie vielen Tagen pro Woche, falls der Schmerz nicht täglich auftritt?

1 2 3 4 5 6 7 mal

An wie vielen Tagen pro Monat, falls der Schmerz nicht jede Woche auftritt?

1 2 3 4 5 6 7 8-14 >15

An wieviel Tagen pro Jahr, falls der Schmerz nicht jeden Monat auftritt?

1 2 3 4 5 6 7 _____ mal

9. Wie beginnen Ihre Schmerzen normalerweise?

- plötzlich, blitzartig
- langsam stärker werdend, einschleichend
- sind ständig vorhanden

10. Wie gestaltet sich der Schmerzverlauf normalerweise?

- kurze, blitzartige Schmerzverläufe
- die Schmerzintensität ändert sich ständig in kurzen Abständen, ist eher pulsierend und pochend
- die Schmerzintensität besitzt einen eher gleichmäßigen, dumpfen Verlauf
- ein typischer Verlauf kann nicht angegeben werden

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

11. Falls die Schmerzen wiederkehrend auftreten, wie lange dauern die Schmerzphasen in der Regel an?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bis 10 Min | bis 30 Min | 1 Std | 2 Std |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3Std | 4Std | > als 4 Std | etwa ____ Std |

12. Zu welcher Tageszeit treten Ihre Schmerzen im allgemeinen auf?

- die Schmerzen treten wechselhaft auf und sind von der Tageszeit unabhängig
- die Schmerzen treten eher zu bestimmten Tageszeiten auf.
- Falls dies der Fall sein sollte, tragen Sie bitte zu den entsprechenden Zeiten in das untenstehende Stundenschema Kreuzchen ein:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24 Uhr

13. Wurden Ihre Schmerzen beim ersten Auftreten durch ein besonderes Ereignis hervorgerufen, z.B.: **wie**

- Unfall
- Operation
- Amputation
- berufliche Veränderung
- etwas anderes, nämlich
- ein besonderes Ereignis ist mir nicht bekannt

D. Charakter

14. Welchen Charakter hat Ihr Schmerz am ehesten?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> pulsierend | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> drückend |
| <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> hämmernd | <input type="checkbox"/> bohrend |
| <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> blitzartig |
| <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> brennend |
| <input type="checkbox"/> der Schmerzcharakter kann nicht klar beschrieben werden | |

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

15. Hat sich der Auftretensort oder der Charakter des Schmerzes in letzter Zeit geändert?

- nein
 ja. Wenn ja, wie?

E. Begleiterscheinungen

16. Wird der Schmerz von bestimmten Ereignissen begleitet?

- Hautrötung
 Hautblässe
 Schwellung
 Berührungsempfindlichkeit
 vermehrte Schweißbildung
 verringerte Schweißbildung
 Mißempfindungen. Wenn ja, wo?
 Gefühlsstörungen. Wenn ja, wo?
 Tränenfluss
 Augenrötung
 Änderung der Pupillenweite
 Doppeltsehen
 vorübergehende Sehstörungen
 Schielen
 Augenmuskellähmungen
 Erblindung eines Auges
 Lichtüberempfindlichkeit
 Zick-Zack-Linien im Gesichtsfeld
 Geräuschüberempfindlichkeit
 Sprachstörungen
 behinderte Nasenatmung
 Unsicherheit beim Gehen
 Bewegungseinschränkungen
 Muskelschwäche, wenn ja, wo?
 Muskellähmungen, wenn ja, wo?
 Durchfall
 Harndrang
 Erbrechen
 Müdigkeit
 Schwindel
 Bewusstlosigkeit
 Nein, bestimmte Begleitreaktionen bestehen nicht

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

17. Wann treten diese Begleitereignisse auf und wie lange bestehen sie?

Die Begleitereignisse

- entwickeln sich vollständig innerhalb 4 Minuten bevor die Schmerzen beginnen.
- entwickeln sich in 5-20 Minuten bevor die Schmerzen beginnen und bestehen eine Stunde, dann schließen sich die Schmerzen an.
- entwickeln sich mit den Schmerzen und klingen mit diesen ab.
- entwickeln sich mit den Schmerzen und bleiben länger als diese bestehen.
- treten erst nach Beendigung der Schmerzen auf.
- die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Stunde bis maximal eine Woche an.
- die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Woche an.
- wenn anders, wie ?

18. Leidet ein Verwandter 1. Grades an ähnlichen Schmerzen wie Sie und bestehen ähnliche Begleitsymptome

- nein
- ja. Wenn ja, wer?
- Welche Schmerzen?
- Welche Begleitsymptome?

19. Hatten Sie in Ihrer Kindheit häufiger folgende Beschwerden?

- Unwohlsein Erbrechen
- Bauchweh Kopfweh
- Schwindel Angstgefühl
- Atemnot Augenflimmern
- Reisekrankheit leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche
- Wenn andere, welche?
- Nein, keine häufigeren Beschwerden in der Kindheit

20. Wenn Sie Kinder haben, leiden diese häufiger unterfolgenden Beschwerden?

- Unwohlsein Erbrechen
- Bauchweh Kopfweh
- Schwindel Angstgefühl
- Atemnot Augenflimmern
- Reisekrankheit leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche
- Wenn andere, welche?
- Nein, die Kinder haben keine häufigeren Beschwerden.

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

21. Welche Ereignisse können Ihre Schmerzen verschlimmern?

- körperliche Betätigung; wenn ja, welche?
- Ruhe
- bestimmte Jahreszeiten; wenn ja, welche?
- Wetterlage; wenn ja, welche?
- bestimmte Nahrungsmittel; wenn ja, welche?
- bestimmte Genußmittel; wenn ja, welche?
- bestimmte Medikamente; wenn ja, welche?
- Monatsblutung
- unbequeme Kopf- oder Körperhaltung
- seelische Belastungen; wenn ja, welche?
- anderes; und zwar?
- keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

22. Beobachten Sie einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Schmerzen und

- zu langem Schlaf
- zu kurzem Schlaf
- Feierabend
- Wochenende
- Urlaub
- Verzehr von Molkereiprodukten
- Verzehr von Schokolade
- Verzehr von Zitrusfrüchten
- Hunger
- Übersättigung
- Verzehr stark gewürzter Speisen
- Hektik und Streß
- Ärger im Beruf
- Ärger in der Familie
- anderem, nämlich

23. Welche Bedingungen können Ihre Schmerzen lindern?

- körperliche Betätigung; wenn ja, welche?
- Arbeit; wenn ja, welche?
- Urlaub
- Wochenende
- körperliche Ruhe
- gesellige Veranstaltungen, Besuch von Bekannten usw.
- anderes und zwar
- keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

24. DIESE FRAGE IST NUR VON FRAUEN AUSZUFÜLLEN:

Wann war Ihre erste Monatsblutung?

Haben Sie noch eine regelmäßige Monatsblutung?

- ja
- nein

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Sind Ihre Schmerzen

- vor der Monatsblutung häufiger
- vor der Monatsblutung seltener
- während der Monatsblutung häufiger
- während der Monatsblutung seltener
- nach der Monatsblutung häufiger
- nach der Monatsblutung seltener
- unabhängig von der Monatsblutung

Falls Sie schwanger waren, waren Ihre Schmerzen in dieser Zeit

- häufiger
- seltener
- stärker
- schwächer
- unabhängig von der Schwangerschaft

Falls Sie die Pille nehmen: Haben Sie eine Änderung Ihrer Schmerzen dadurch bemerkt?

- nein
- ja. Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Unterleibsoperation hinter sich?

- nein
- ja. Wenn ja, welche?

25. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre gesellschaftlichen bzw. beruflichen Betätigungen?

- nein
- teilweise
- sehr, besonders

26. Bitte beschreiben Sie möglichst genau die Situation und den Ablauf der letzten Schmerzattacke (wann, wo, was geschah, was haben Sie gemacht, wie haben andere reagiert?)!

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

27. Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

- Rechtshänder
- Linkshänder
- ein deutlich bevorzugter Gebrauch einer Hand besteht bei mir nicht.

28. Welche Genußmittel gebrauchen Sie?

- Alkohol; wenn ja, was und wieviel?
- Nikotin; wenn ja, was und wieviel?
- Kaffee
- sonstige Drogen; wenn ja, was und wieviel?

29. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

- Herzerkrankungen
- Nerven- oder Gemütsleiden
- Unfall mit Kopfverletzung
- Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen
- Lungen- oder Atemwegserkrankungen
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Stoffwechsel- oder Hormonerkrankungen
- Erkrankungen des Skelettsystems

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

30. Bei welchen Berufsgruppen haben Sie sich bereits wegen der Schmerzen behandeln lassen und wie oft?

- | | | | |
|---|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Akupunkteur | mal | <input type="checkbox"/> Allergologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt | mal | <input type="checkbox"/> Anästhesiologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Apotheker | mal | <input type="checkbox"/> Augenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Bademeister | mal | <input type="checkbox"/> Kardiologie | mal |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker | mal | <input type="checkbox"/> Chirurg | mal |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologe | mal | <input type="checkbox"/> Frauenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Geistheil | mal | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt | mal | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | mal |
| <input type="checkbox"/> Hypnotiseur | mal | <input type="checkbox"/> Internist | mal |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | mal | <input type="checkbox"/> Krankengymnast | mal |
| <input type="checkbox"/> Krankenschw. | mal | <input type="checkbox"/> Lungenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Masseur | mal | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurg | mal |
| <input type="checkbox"/> Naturheilkundler | mal | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Neurologe | mal | <input type="checkbox"/> Neurochirurg | mal |
| <input type="checkbox"/> Onkologe | mal | <input type="checkbox"/> Orthopäde | mal |
| <input type="checkbox"/> Proktologe | mal | <input type="checkbox"/> Priester | mal |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | mal | <input type="checkbox"/> Psychologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | mal | <input type="checkbox"/> Radiologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologe | mal | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter | mal |
| <input type="checkbox"/> Urologe | mal | <input type="checkbox"/> Zahnarzt | mal |

31. Wo und wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

Bitte geben Sie den Namen des Arztes (evtl. auch des Heilpraktikers usw.), die Behandlungsart (z.B. Medikament, Massage, usw.) sowie die Behandlungszeit (Jahr, Dauer) an:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

(sollten Sie mehr Platz brauchen, verwenden Sie bitte ein extra Blatt)

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

32. Mußten Sie wegen der Schmerzen in einem Krankenhaus stationär behandelt werden?

- nein
- ja. Wenn ja, wo, wann, was wurde unternommen?

.....

33. Erhalten Sie finanzielle Hilfen wegen der Schmerzen?

- nein
- Krankengeld: seit bis
- Rente / Pension: seit bis
- Arbeitslosengeld: seit bis
- andere Versicherungsleistungen: Welche.....
 seit bis
- bis jetzt noch nicht, ich beabsichtige aber Hilfen zu beantragen oder habe solche bereits beantragt

34. Haben Sie bereits Medikamente gegen die Schmerzen eingenommen?

- Nein
- Ja, und zwar:

<i>Name</i>	<i>Dosis</i>	<i>Seit wann oder wie lange?</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

(bitte extra Blatt benutzen, falls der Platz nicht ausreicht)

35. Haben diese Medikamente geholfen?

- Nein, überhaupt nicht
- nur kurzfristig
- Ja

36. Erfordern Ihre Schmerzen, dass Sie immer häufiger Schmerzmittel einnehmen müssen?

- ja
- nein

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

37. Beobachten Sie unerwünschte Nebenwirkungen dieser Medikamente?

- nein
- ja. Wenn ja, welche?

.....

38. Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

- Keine
- Ja, und zwar:

	<i>Name</i>	<i>Dosis</i>	<i>Seit wann oder wie lange?</i>
1.
2.
3.
4.
5.
6.

(bitte extra Blatt benutzen, falls der Platz nicht ausreicht)

Falls etwas Wesentliches über Ihre Schmerzen bisher nicht gefragt wurde, beschreiben Sie dies bitte nachfolgend:

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

39. Bitte beantworten Sie nun folgende Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden

Gewicht: kg Körpergröße:cm

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen?

- Zunahme kg
 Abnahme kg
 Gewicht blieb konstant

Kreuzen Sie nun jeweils an, wie stark die folgenden Beschwerden bei Ihnen gegeben sind:

	<i>stark</i>	<i>mäßig</i>	<i>kaum</i>	<i>gar nicht</i>
1. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schweregefühl in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
13. Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Taubheitsgefühl (Brennen oder Kribbeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Störungen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Grübelei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unter leibschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Frieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Trübe Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Druck-oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Innere Gespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Schluckauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kopfschmerzfragebogen Name: _____ Datum: _____

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
54. Ohnmachtsanfälle oder andere Anfälle von Bewußtlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Berufliche oder private Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Unverträglichkeit bestimmter Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Bei Frauen: Regelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Sodbrennen oder saurer Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Leichtes Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Starker Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Lebensmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für die Beantwortung der vielen Fragen,
letztlich geht es ja um IHRE Gesundheit

Ihr

Dr. med. Michael Küster
Allgemeinmedizin. –intern. Hausarztpraxis Heiderhof u
Leiter d. SchmerzZentrums DGS Bonn-Bad Godesberg

Rücksendeadresse:

Dr. med. Michael Küster
Weißdornweg 4 – 6
53177 Bonn - Bad Godesberg