



Erstkontakt-Fragebogen Erwachsene

Sehr geehrter Patient,

um Sie optimal behandeln und auf Ihre Bedürfnisse eingehen zu können, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie alle Felder aus und lassen Sie keine Frage unbeantwortet. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, versuchen Sie, die Antworten auszuwählen, die am ehesten auf Sie zutreffen. Sollte ein Antrag für eine stationäre Behandlung gestellt werden, stellt dieser Fragebogen eine wertvolle Hilfe für uns da.

Zunächst stellen wir Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte. Sollten Sie Rückfragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausgefüllt am: _____

Geben Sie bitte Ihren Versicherungsstatus an.

Krankenkasse:

- Gesetzlich krankenversichert Mitglied Familienversichert
- Privat krankenversichert private Zusatzversicherung (Krankenhaus)

Rentenversicherung:

- Deutsche Rentenversicherung Standort: _____ (ehemalige LVA)
- Deutsche Rentenversicherung Bund Berlin Versorgungswerk (Ärzte, Architekten u.a.)
- Landwirtschaftliche Alterskasse
- andere: _____

Von wem wurde Ihnen unsere Klinik empfohlen?

- Hausarzt Neurologe Schmerztherapeut Krankenkasse Presse Internet
- Ich bin bereits längere Zeit ambulant Patient in der Klinik Empfehlung anderer Patienten
- Selbsthilfegruppe (Migräneliga, CSG u.a.)

Bitte geben Sie Ihren Familienstand an!

- ledig verheiratet in einer Partnerschaft geschieden verwitwet

Bitte geben Sie die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder an!

_____ keine Alter des Kindes / der Kinder:

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an!

- kein Haupt-/Volksschule Realschule Abitur abgeschlossenes Studium

Stehen Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis?

- Vollzeit Teilzeit Berentet Arbeitssuchend Auszubildend Studium
 Selbstständig Schule

Arbeitszeit?

- Vollzeit erwerbstätig Teilzeit erwerbstätig, _____ Wochenstunden

Arbeiten Sie in einem Schichtarbeitsmodell mit Nachtarbeit?

- Nein Ja, mit Nachtschichten
 Früh/Spät-Wechselschichten

Wie groß sind Sie? Körpergröße: _____ cm

Wie schwer sind Sie? Körpergewicht: _____ kg

Seit wie vielen Jahren oder Monaten leiden Sie an Kopfschmerzen?

Anzahl Jahre _____ bzw. Anzahl Monate _____

Leiden in Ihrer Familie noch weitere Personen an wiederkehrenden Kopfschmerzen?

- nein
 ja, an Migräne Spannungskopfschmerz Clusterkopfschmerz Trigeminusneuralgie
 Mutter Vater Großmutter Großvater Tochter Sohn Schwester
 Bruder

An wie vielen Tagen hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Kopfschmerzen?

Anzahl Tage _____

Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich in den letzten 4 Wochen?

Bitte geben Sie eine Zahl von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) an.

Schmerzstärke: _____

Wie stark waren Ihre Schmerzen maximal in den letzten 4 Wochen?

Bitte geben Sie eine Zahl von 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz) an.

Schmerzstärke: _____

Haben Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Kopfschmerzen den Hausarzt aufgesucht?

- nein
- ja, Anzahl der Besuche _____

Haben wegen Ihrer Kopfschmerzen einen Facharzt aufgesucht?

- nein
- ja Neurologie HNO Augenheilkunde
- Orthopädie Frauenarzt Neurochirurgie
- Zahnarzt Psychiater andere: _____

Waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen jemals in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut)?

- nein
- ja, Jahr: _____ Dauer: _____

Wurden Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen stationär in einem Akutkrankenhaus behandelt?

- nein
- ja, 1. Krankenhausaufenthalt, wann (Jahr): _____
- 2. Krankenhausaufenthalt wann _____
- 3. Krankenhausaufenthalt, wann: _____

Wurden wegen Ihrer Kopfschmerzen weitere (technische) Untersuchungen durchgeführt?

- nein
- ja, Computertomographie des Kopfes (CT)
- Kernspintomographie des Kopfes (MRT)
- Computertomographie des Halses (CT)
- Kernspintomographie des Halses (MRT)
- Röntgen der Nasennebenhöhlen
- Röntgen der Halswirbelsäule
- Langzeitblutdruck oder Langzeit-EKG
- Ultraschall der Halsgefäße (Doppler)
- Andere: _____

Wurden Rehabilitations-Maßnahmen aufgrund Ihrer Kopfschmerzen durchgeführt?

- nein
- ja, ambulant stationär 1. Rehabilitations-Maßnahme _____ Wochen
- ambulant stationär 2. Rehabilitations-Maßnahme _____ Wochen

ambulant stationär 1. Rehabilitations-Maßnahme _____ Wochen

Haben Sie zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen weitere Therapien (Heilmittel) eingesetzt?

Nein

Ja, Massage: Anzahl der Behandlungen: _____
 Physiotherapie: Anzahl der Behandlungen: _____
 Manuelle Therapie: Anzahl der Behandlungen: _____
 Andere: Anzahl der Behandlungen: _____ Art der Behandlung: _____

Wurde zur Behandlung des Kopfschmerzes in den letzten 6 Monaten Sauerstoff verordnet?

nein ja,

Haben Sie zur Behandlung der Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten einen Osteopathen, Heilpraktiker oder eine andere Heilperson aufgesucht?

nein

Ja, Osteopath
 Heilpraktiker
 Andere Heilperson: _____

Wurde zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen Akupunktur durchgeführt?

nein ja

Nehmen Sie zur Akutbehandlung Ihrer Kopfschmerzen Medikamente ein?

nein

ja Schmerzmittel (z.B. Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen)
Einnahmetage in den letzten 4 Wochen: _____
 Mischanalgetika (z.B. Thomapyrin)
Einnahmetage in den letzten 4 Wochen: _____
 Triptane (Sumatriptan, Almogran, Frovatriptan...)
Einnahmetage in den letzten 4 Wochen: _____
 Opiate (Tramal, Tillidin...)
Einnahmetage in den letzten 4 Wochen: _____
 Andere, z.B.
Einnahmetage in den letzten 4 Wochen: _____

Nehmen Sie aktuell zur Vorbeugung Ihrer Kopfschmerzen täglich Medikamente ein (Prophylaxe)?

nein

ja Name: _____ Dosis: _____ Einnahme seit: _____

Name: _____ Dosis: _____ Einnahme seit: _____

Name: _____ Dosis: _____ Einnahme seit: _____

Haben Sie jemals im Zusammenhang mit Ihrer Kopfschmerzbehandlung vorbeugend folgende Medikamente über mindestens 4-8 Wochen eingenommen?

- Betablocker** (Metoprolol, Bisoprolol, Propranolol), welchen, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Topiramat**, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Valproinsäure** (Valproat, Ergenyl), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Carbamazepin** (Tegretal), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Pregabalin** (Lyrica), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Kalziumantagonist** (Flunarizin, Verapamil, Nital), welchen? Dosis: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Amitriptylin** (Saroten, Equilibrin), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Opipramol**, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Duloxetin**, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Venlafaxin** (Trevilor), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Citalopram** (Cipramil), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Lithium** (Hypnorex), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen

- Magensium**, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Pestwurz** (Petadolex), Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen

- Botulinumtoxininjektionen**, Dosis? Wie oft?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- Nahrungsergänzungsmittel** (z.B. Orthoexpert, Migra 3, Migravent)? (Name) _____
keine Wirkung wurde nicht vertragen

- andere** (Name) _____, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- andere** (Name) _____, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen
- andere** (Name) _____, Dosis?: _____
 - keine Wirkung wurde nicht vertragen

Haben Sie Auslöser von Kopfschmerzattacken bei sich festgestellt??

- Nein
- Ja:
 - Stress
 - Unregelmäßiger Tagesablauf
 - Schlafmangel
 - Alkohol, welche: _____
 - Nahrungsmittel, welche: _____
 - Gerüche, welche: _____
 - Stressabfall (z.B. Wochenende)
 - Nachtschicht / Schichtdienst
 - Menstruation (Regelblutung)
 - Wetter, welches: _____
 - Andere: _____

Leiden Sie an Schlafstörungen?

- nein
- ja, Einschlafstörungen Durchschlafstörungen nächtliches Schnarchen, Atempausen

Haben Sie Begleiterkrankungen?

- nein
- ja:
 - Gelenkschmerzen, Rheuma
 - Allergien, Heuschnupfen, Asthma
 - Bluthochdruck
 - Herzinfarkt
 - Nierenerkrankung
 - Tinnitus
 - Angststörung/Panikattacken
 - Essstörung
 - Sonstige _____
 - Muskelschmerz
 - chronische Bronchitis
 - Schlaganfall
 - Magengeschwür, Magenblutung
 - chronische Bauchschmerzen
 - Depression
 - Posttraumatische Belastungsstörung

Bestand eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten?

- nein ja, an insgesamt _____ Tagen

Sind Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer Kopfschmerzen nicht zur Arbeit / Schule / Uni gegangen (haben sich Urlaub genommen/ sich vom Arzt krankschreiben lassen)?

nein ja, an _____ Tagen.

Bestand eine Erwerbsunfähigkeit aufgrund Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten?

nein ja, voll teilweise

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein

ich habe bereits einen Antrag gestellt

mein Antrag wird im Moment durch ein Gericht geprüft (Rechtsstreit)

ja, ich habe einen Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung: _____

Im Folgenden wollen wir mehr über Ihre Lebensgewohnheiten erfahren. Versuchen Sie die Fragen entsprechend Ihrer Gewohnheiten zu beantworten und lassen Sie keine der Fragen aus.

Machen Sie regelmäßig Ausdauersport (2-3 x pro Woche für mind. 30 Minuten)?

nein ja: _____

Machen Sie regelmäßig Entspannungsübungen (2-3 x pro Woche für mind. 30 Minuten z.B. Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelentspannung)?

nein ja, welches Verfahren: _____

Rauchen Sie?

nein gelegentlich regelmäßig seit _____ Jahren _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

nein gelegentlich regelmäßig seit _____ Jahren

Alkoholmenge pro Tag/ Art des Alkohols (z.B. Bier, Wein etc.) _____

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie durchschnittlich pro Tag (2 Tassen entsprechen einem Becher)?

Anzahl Tassen _____

Haben Sie Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, in der linken oder in beiden?

- nein
 links rechts beidseits

Verspüren Sie regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Schmerzen beim Öffnen des Mundes oder beim Kauen?

- nein
 ja

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt wegen einer Kaufunktionsstörung/Zähneknirschen behandelt?

- nein ja ich besitze eine Aufbisschiene ich nutze die Aufbisschiene regelmäßig

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie für eventuelle Rückfragen zu Ihren Angaben telefonisch oder via Email kontaktieren?

- nein Ja, Telefonnummer: _____
 Ja, Email: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!!