



H 10st - G2.363

Kantonsspital Aarau AG  
Tellstrasse, CH-5001 Aarau  
Tel. +41 (0)62 838 41 41  
[www.ksa.ch](http://www.ksa.ch)  
**Neurologische Klinik**

Chefarzt: Prof. Dr. K. Nedeltchev  
Leitender Arzt: Dr. M. Tröger

**Oberärztin mbF: Dr. S. Biethahn**  
Tel. Sekr. +41 (0)62 838 94 69  
Fax +41 (0)62 838 66 74  
neurologie@ksa.ch

Aarau, 10. Dezember 2015/Biet

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie wurden uns in die Kopfschmerzsprechstunde zugewiesen. Gerne senden wir Ihnen vorbereitend einen Fragebogen zu. Dieser dient dazu, sie auf die Fragen vorzubereiten, die wir Ihnen erneut stellen werden, in Kenntnis dessen, dass man über manche Fragen nachdenken muss bzw. Informationen bei anderen Menschen einholen muss. Beantworten Sie die Fragen, so gut es geht. Wenn Sie Fragen nicht verstehen oder keine Informationen besitzen, die Ihnen die Antwort ermöglichen, lassen Sie sie einfach offen, wir werden sie dann am Untersuchungstermin besprechen. Bitte füllen Sie auch den MIDAS-Fragebogen aus.

Weiterhin möchten wir Sie bitten, bis zur Untersuchung bei uns einen Kopfwehkalender zu führen – dies können Sie in dem beigefügten Kalender tun, auf dem Smartphone z.B. auf dem App MyHeadache oder einfach in Ihrer eigenen Agenda.

Wir bitten Sie, die Unterlagen zur Untersuchung mitzubringen. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen!

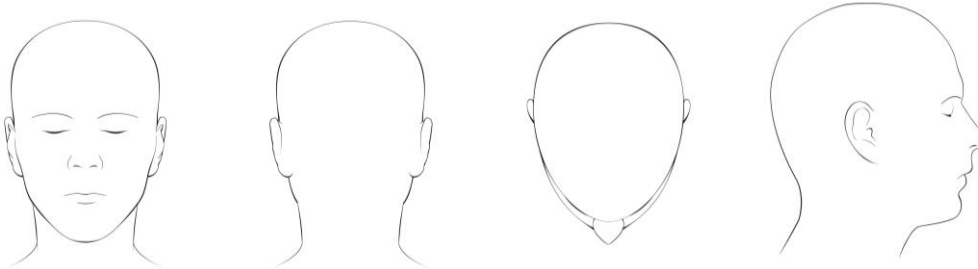
Herzliche Grüsse

Dr. med. Silke Biethahn  
Oberärztin mbF  
Leiterin Kopfschmerzsprechstunde

Prof. Dr. med. Krassen Nedeltchev  
Chefarzt

Kopfschmerzfragebogen

1. Wo sind die Kopfschmerzen bei Ihnen lokalisiert?  
Bitte zeichnen Sie es auf den unten angegebenen Bildern ein.



2. Wann sind bei Ihnen – soweit erinnerlich - erstmals Kopfschmerzattacken aufgetreten?
- im Vorschulalter
  - im Grundschulalter
  - als Jugendlicher (<16. Lebensjahr)
  - als junger Erwachsener (<25. Lebensjahr)
  - später, und zwar ca. im \_\_\_\_\_ Lebensjahr

3. Wie häufig leiden Sie unter Kopfschmerzen?  
\_\_\_\_\_ x/Tag    \_\_\_\_\_ x/Woche    \_\_\_\_\_ x/Monat

4. Sind die Kopfschmerzen einseitig?  Ja  Nein  
Wenn ja:  
Wechselt die Seite von Anfall zu Anfall?  Ja  Nein  
Ist es häufiger links oder rechts?  Rechts  Links

5. Welchen Charakter haben die Kopfschmerzen?  
 drückend     stechend     brennend     pulsierend/hämmernd  
anders: \_\_\_\_\_

6. Wie stark ist eine Kopfschmerzattacke?  
Skala von 0-10 (0: kein Schmerz, 10 stärkster vorstellbarer Schmerz) \_\_\_\_\_
- leicht (keine Einschränkung der Alltagsaktivitäten)
  - mässig (Einschränkung der Alltagsaktivitäten, aber noch arbeitsfähig)
  - schwer (arbeitsunfähig)

7. Wie lange dauert in der Regel eine Kopfschmerzattacke?  
 <1h     1-4 h     <12 h     <24 h     >24 h  
Minimal \_\_\_\_\_, Maximal \_\_\_\_\_

8. Leiden Sie während der Kopfschmerzattacken unter folgenden Beschwerden?
- Lichtempfindlichkeit
  - Lärmempfindlichkeit
  - Geruchsempfindlichkeit (z.B. Zigarettenrauch, Parfum, Essensgerüche)
  - Übelkeit/Erbrechen

9. Nehmen die Kopfschmerzen durch körperliche Belastung (z.B. Treppensteigen) zu?  
 Ja  Nein

10. Leiden sie vor oder während der Kopfschmerzen unter
- Gefühlsstörungen (z.B. Kribbeln, Taubheit)
  - Lähmungen
  - Sehstörungen?

## Kopfschmerzfragebogen

---

11. Sind die Kopfschmerzen

- im Liegen stärker
- in aufrechter Körperhaltung (Sitzen, Stehen) stärker
- unabhängig von der Körperhaltung?

12. Gibt es Auslöser für die Kopfschmerzen?

- Stress
  - Schlafmangel
  - Entspannung
  - Alkoholkonsum
  - Nahrungsmittel
  - bei Frauen: Periode
  - andere \_\_\_\_\_
- 

13. Was lindert die Kopfschmerzen?

- nichts
  - Wärme
  - Kälte
  - Hinlegen
  - Bewegung
  - Medikamente (Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_)
  - andere Massnahmen: \_\_\_\_\_
- 

14. Wie verhalten Sie sich während einer Kopfschmerzattacke?

- Rückzug in ruhiges, dunkles Zimmer
  - Schlafen
  - körperliche Unruhe
  - Gereiztheit
  - so wie sonst
  - anders: \_\_\_\_\_
- 

15. Wie fühlen Sie sich, wenn die Kopfschmerzen abgeklungen sind?

- sofort wieder normal
- beeinträchtigt für max. 5 Stunden
- beeinträchtigt für max. 12 Stunden
- beeinträchtigt für max. 24 Stunden
- beeinträchtigt für mehr als 24 Stunden

16. Gibt es Verwandte (Grosseltern, Onkel, Tanten, Eltern, Geschwister, Kinder), die ebenfalls unter Kopfschmerzen leiden?

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

17. Leiden oder litten Sie noch unter irgendwelchen anderen Erkrankungen, ganz unabhängig vom Kopfweh?

---

---

---

---

---

---

---

# Kopfschmerzfragebogen

18. Bitte führen Sie sämtliche Medikamente auf, die Sie einnehmen

Name des Präparates	Dosis (mg)	Tablettenzahl (regelmässig)				Reservemedikamente	
		morgens	mittags	abends	z. Nacht	Zahl	Wie oft?
<i>Petnimid</i> <b>Beispiel</b>	250	2	1	0	2		
<i>Panadol</i> <b>Beispiel</b>	500					2	Ca. 1x/Woche

19. Allgemeine Bemerkungen:

---



---



---



---



---



---



---



---

### Midas Fragebogen

Anleitung: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Schreiben Sie 0, wenn die Antwort negativ ist.

---

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen? Tage

---

2. An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu) Tage

---

3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten? Tage

---

4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu) Tage

---

5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können? Tage

---

**Ergebnis:            Tage**

A An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Kopfschmerzen? (Wenn die Kopfschmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag) Tage

---

B Wie stark waren diese Kopfschmerzen?  
Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Skala von 0 – 10 an.  
(0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen)

---

**Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1 – 5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. (Die Fragen A und B bitte NICHT dazuzählen)**

---

**Auswertung des MIDAS Fragebogens:**

Grad	Definition	Punkte
I	Wenig oder keine Beeinträchtigung	0 – 5
II	Geringe Beeinträchtigung	6 – 10
III	Mäßige Beeinträchtigung	11 – 20
IV	Schwere Beeinträchtigung	21+

## Kopfschmerzkalender

Monat:

	Kopfschmerz- intensität*	Medikamente oder Besonderheiten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Monat:

	Kopfschmerz- Intensität*	Medikamente oder Besonderheiten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

\*Angabe der Stärke auf einer Skala von 0-10, 0 entspricht Schmerzfreiheit, 10 dem stärksten vorstellbaren Schmerz