

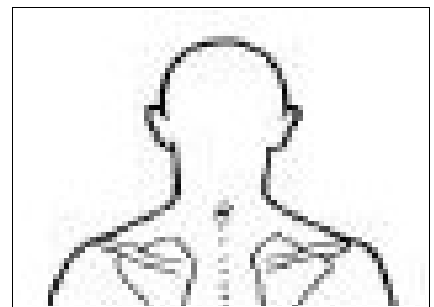
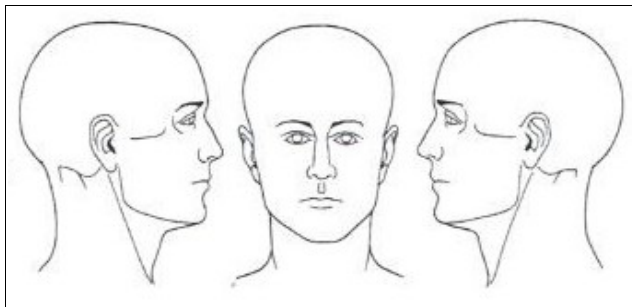
Fragebogen zur Kopfschmerz- und Migränetherapie

Name: Vorname: Geb.:
Straße: PLZ: Ort:
Telefon: Email:
Beruf:

1. Schmerzlokalisierung

Wo genau spüren Sie Schmerzen oder Migränesymptome?

Zeichnen Sie ein Bild Ihrer Migräne.



Gibt es ein Schmerzzentrum von dem die Schmerzen ausstrahlen?

Welche Qualität hat dieser Schmerz?

spitz dumpf hell ziehend pochend brennend

sonstiges:

Wie intensiv erleben Sie den Schmerzzustand im akuten Migräneschub auf einer Skala von 0-10? (0 ist Schmerfreiheit – 10 kommt einem Vernichtungsschmerz gleich)

Gibt es beim akuten Migräneschub vegetative Begleiterscheinungen, wie zB.:

Übelkeit Herzrasen Schweißausbrüche Schüttelfrost
 Ohnmachtsgefühle Angstzustände

Hatten Sie vor Beginn Ihrer Migräne folgende Zustände erlebt? Falls ja, wie lange ist das her?

Unfall Schleudertrauma

Operationen Schockzustände

Herzstillstand Bluttransfusion

sonstige Verletzungen

Gibt es für Sie einen zeitlichen Bezug, zwischen obigen Zustand und dem Beginn Ihrer Migräne?

2. Migräneauslöser

- abends morgens Menstruation Streß nach Alkoholgenuß
- nach Zigarettengenuß nach Einnahme von Medikamenten Wetterwechsel
- nach einem langen Schlaf am Wochenende bei Begegnung mit bestimmten Menschen
- bei schlechter Luft Computerarbeit bei bestimmten Lebenssituationen
- bei Lärm sonstige

3. Zeitlicher Verlauf

Seit wann leiden Sie an Migräne oder Kopfschmerz?

Wie oft leiden Sie an Migräne oder Kopfschmerz?

- Regelmäßig wiederkehrend Unregelmäßig

Können Sie sich noch daran erinnern, wann und womit die Symptome angefangen haben?

Woran erkennen Sie, dass möglicherweise eine Migräne kurz bevor steht?

Beschreiben Sie die Symptome und in welcher Reihenfolge diese ablaufen.

1. Anzeichen einer Migräne

2.

3.

4. Selbsthilfemöglichkeiten

Welche Mittel und Therapien haben Sie schon ausprobiert? Mit welchem Ergebnis?

Welche Selbsthilfemöglichkeiten haben Sie, wenn Sie einen Migräneanfall oder Kopfschmerzen haben?

Nehmen Sie Medikamente? Falls ja, welche? Wie oft?

Datum:

Unterschrift:

Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrer Behandlung mit oder senden Sie ihn vorab per Email an: **physiotherapie@theramedic.de**