

1. In welchem Alter begann Ihre Migräne?

2. Kennen Sie den damaligen Anlass oder Auslöser?

- Ja
- Nein

3. Sind weitere Familienangehörige von Migräne betroffen?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

4. An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie "normale" Kopfschmerzen?

5. An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie Migräne?

6. Wie lange dauert Ihre Migräne durchschnittlich?

- weniger als 2 Stunden
- 3 - 4 Std
- 5 - 12 Std
- 12 - 24 Std
- mehr als 24 Std
- mehr als 1 Woche

7. Wie schmerzhaft ist Ihre Migräne? (Bitte geben Sie die Schmerzstärke in Zahlen von 1 bis 10 an. Je höher die Zahl, desto stärker der Schmerz.)

8. Wo am Kopf befindet sich der Schmerz hauptsächlich?

- hinter dem Auge (links)
- über der Augenbraue (links)
- Schläfe (links)
- am Hinterkopf (links)
- Nase
- hinter dem Auge (rechts)
- über der Augenbraue (rechts)
- Schläfe (rechts)
- am Hinterkopf (rechts)
- Verteilung (in %) pro Seite:
- links
- rechts

9. Haben Sie während eines Migräneanfalls ein Druckgefühl und/oder Schmerzen in der Nase?

- immer
- manchmal
- nie

10. Beeinflusst das Wetter Ihre Migräne?

- immer
- manchmal
- nie

11. Werden Sie nachts durch Ihre Migräneschmerzen wach?

- immer
- oft
- manchmal
- nie

12. Haben Sie schon einmal eines oder mehrere der folgenden Symptome vor oder während der Migräne erlebt?

vor der Migräne:

- Erbrechen
- Erbrechen immer mit Durchfall
- Durchfall (ohne Erbrechen)
- Tränenfluss
- Schwindel
- Schwellung der Augenlider
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Taubheitsgefühl der Haut
- Sehstörungen (Doppelbilder, Blitze, Zick-Zack-Linie, Abnahme d. Sehstärke, andere)
- Übelkeit
- Lichtempfindlichkeit
- Geräuschempfindlichkeit
- Muskelschwäche
- vermehrte Schweißsekretion
- Sprechstörungen
- Bewusstlosigkeit
- vermehrte Nasensekretion
- Unterzuckerung (Hypoglykämie)

während der Migräne:

- Erbrechen
- Erbrechen immer mit Durchfall
- Durchfall (ohne Erbrechen)
- Tränenfluss
- Schwindel
- Schwellung der Augenlider
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Taubheitsgefühl der Haut
- Sehstörungen (Doppelbilder, Blitze, Zick-Zack-Linie, Abnahme d. Sehstärke, andere)
- Übelkeit
- Lichtempfindlichkeit
- Geräuschempfindlichkeit
- Muskelschwäche
- vermehrte Schweißsekretion
- Sprechstörungen
- Bewusstlosigkeit
- vermehrte Nasensekretion

- Unterzuckerung (Hypoglykämie)

13. Leiden Sie vor oder während der Migräne an gesteigerter Schmerzempfindlichkeit (Allodynie)?

- Mein Haar schmerzt
- Ich muss mein Haar herunterlassen (Spangen/Bänder entfernen, Steckfrisuren auflösen)
- Ich benutze keine Lockenwickler/keinen Lockenstab mehr
- Bei Kopfschmerzen lasse ich manchmal mein Haar in der Badewanne treiben, um Erleichterung zu bekommen
- Ich musste meine langen Haare abschneiden um das Gewicht auf der Kopfhaut zu reduzieren
- Regen-/Duschschauer auf meinem Kopf verursachen Schmerzen
- Ich kann keine Kopfbedeckungen tragen
- Lidschatten auf den Augen stört mich
- Ich kann keine Kopfhörer tragen während der Migräne
- Während der Migräne ist mir eine Decke auf meinem Körper unangenehm
- Meine Finger schmerzen, wenn ich etwas anfasse
- Die Schmerzempfindlichkeit hat sich in den letzten Jahren gesteigert

14. Was verschafft Ihnen Erleichterung während der Migräne?

- Ruhe
- Erbrechen
- Sport
- Schlaf
- Dunkelheit
- Fernsehen
- warmes Wasser
- kaltes Wasser
- Musik
- Massage
- Lesen
- Schmerzmittel

15. Was löst bei Ihnen die Migräne aus oder macht sie noch schlimmer?

- Lärm
- körperliche Anstrengung
- unregelmäßige od. späte Mahlzeiten
- bestimmte Lebensmittel
- Wetterwechsel
- Gerüche
- Müdigkeit
- zu viel oder zu wenig Schlaf
- Licht
- Stress/Ärger
- Husten
- Schmerzmittel

16. Falls Sie eine Frau sind, ändert/e sich Ihre Migräne durch diese Faktoren? Wenn ja, wie?

- Monatsblutung

- Pille
- Hormontabletten
- Schwangerschaft

17. Haben Sie oder hatten Sie eines der folgenden medizinischen Probleme?

- Bluthochdruck
- Herzkrankheit
- Magengeschwür
- Asthma
- Depression
- Allergie
- Epilepsie
- Schlaganfall
- Hauterkrankungen

18. Wurde Ihre Migräne irgendwann von einem Arzt untersucht und behandelt?

- Ja
- Nein

19. Welche Untersuchungen wurden in der Vergangenheit wegen der Migräne bei Ihnen durchgeführt?

- EEG (Gehirnstrommessung)
- CT (Computertomografie)
- MRT (Kernspin-Tomographie)
- Blutuntersuchung
- Röntgen
- EKG

20. Nehmen Sie Triptane gegen Ihre Migräne ein (z.B. Immigran, Maxalt, Relpax etc.)?

- Ja
- Nein

21. Helfen Ihnen diese Medikamente?

- immer
- oft
- manchmal
- nie

22. Wie viele Arztbesuche haben Sie wegen der Migräne im letzten Jahr absolviert?

- keine
- 1 - 4
- 5 - 10
- mehr als 10

23. Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie wegen der Migräne im letzten Jahr aufgesucht?

- keine
- 1 - 3

- 4 - 7
- 8 - 10

24. Unternehmen Sie etwas zur Vorbeugung (Prophylaxe) gegen Migräne?

- Musik zur Entspannung
- Muskelentspannung
- Sport
- Neuraltherapie
- Lokalanästhesie
- Medikamente
- Naturheilmittel

25. Wie viele Tage waren Sie im vergangenen Jahr wegen der Migräne krank und konnten nicht arbeiten?

- weniger als 3 Tage
- 4 - 7 Tage
- 8 - 14 Tage
- 15 - 21 Tage
- mehr als 3 Wochen

26. Welche der folgenden Behandlungsmethoden haben Sie in der Vergangenheit angewendet?

- Homöopathie
- Phytotherapie
- Spagyrik
- Schüssler Salze
- Energetisches Heilen
- Schamanismus
- Psychotherapie
- Entspannungsübungen
- Migränekissen
- Hypnose
- Kräuter
- Craniosacrale Therapie
- Akupunktur
- Chiropraktik
- andere

Falls Ihnen eine oder mehrere der o. g. Methoden geholfen haben, notieren Sie bitte die Dauer der Besserung in Monaten dazu:

27. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Injektionsbehandlung mit Botox?

- Ja
- Nein

28. Hier haben Sie die Möglichkeit weitere Einzelheiten, die Ihnen wichtig sind zu schildern:

29. Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Andere Patienten

Internet (Google, Ebay, Anzeige, Jameda...)

Andere

Literatur: Kieler Schmerzlinik