

## Kopfschmerzanamnese:

Datum von heute: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

1. Seit wann treten die Kopfschmerzen auf ?
2. Wie häufig pro Woche bzw. Monat ?
3. Zu bestimmten Tageszeiten oder Wochentagen ?
4. auch am Wochenende ☐ ja ☐ nein oder in den Ferien ? ☐ ja ☐ nein
5. Wo sitzen die Schmerzen?  
Bestehen Schmerzen im Gesicht? ☐ ja ☐ nein
6. Bestehen Schmerzen beim Kauen oder Knacken in den Kiefergelenken ? ☐ ja ☐ nein  
Zähneknirschen im Schlaf? ☐ ja ☐ nein
7. Wie ist der Schmerzcharakter ? (pulsierend, drückend, klopfend, stechend, ...) ?
8. Zusätzliche Beschwerden schon vorher oder während der Kopfschmerzen? (Übelkeit, Erbrechen, Licht- od. Lärmempfindlichkeit, Schwindel,...)
9. Sehstörungen vor oder während der Kopfschmerzen? (z.B. Blitze oder Zick-Zack-Linien vor den Augen, Gucken wie durch eine Tunnelröhre, Dinge erscheinen größer oder kleiner als sie in Wirklichkeit sind,...)
10. Wie stark sind die Kopfschmerzen?  
(0 Pkt. = keine Kopfschmerzen, 10 Pkt. = die stärksten Kopfschmerzen, die du dir vorstellen kannst)
11. Dauer ? Wie lange halten die Schmerzen an ? (wieviele Minuten, Stunden, Tage)
12. Was hilft? (Ausruhen, Schlafen, Zimmer abdunkeln, ruhige Umgebung, Eisbeutel, Musik,...)
13. Werden die Kopfschmerzen durch Bewegung (Treppensteigen, Spazieren gehen,...)  
☐ besser oder ☐ schlechter ? ☐ weiß nicht ☐ nicht eindeutig
14. Nimmst du Schmerzmittel ein? wenn ja: welches?  
welche Dosis? wie oft?
15. Kennst du Ursachen oder Auslöser für deine Kopfschmerzen? (Stress, Wetter, wenig Schlaf, bestimmte Lebensmittel, ...)
16. Wann gehst du zu Bett? wann stehst du auf?  
an Schultagen um ca. ....Uhr, um ca. ....Uhr, ☐ mit, ☐ ohne Wecker oder  
am Wochenende: ca. .... Uhr, um ca. ....Uhr, ☐ geweckt werden?
17. Ist ein Zeckenbiss erinnerlich ☐ ja ☐ nein , ggfs. wann ? ☐ mit oder ☐ ohne Rötung?
18. Schwangerschaft u. Geburt? ☐ unauffällig ☐ es gab Komplikationen? Welche ?
19. Vorerkrankungen? (Unfälle, Stürze, Halswirbel-Schleudertrauma, Gehirnerschütterung, Hirnhautentzündung,...)
20. Bisherige Untersuchungen u. Behandlungen? (Blutentnahme, Augenarzt, Orthopäde, Osteopathie, Krankengymnastik, Heilpraktiker, ...)
21. Gibt es Familienangehörige mit Kopfschmerzen / Migräne; wer ?