

# KIELER KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN

NACH PROF. H. GÖBEL, KIEL

## BEANTWORTEN SIE BITTE FOLGENDE FRAGEN:

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die so oder ähnlich aussehen?

- Dauer ohne Behandlung: 4 bis 72 Stunden
- anfallsweises Auftreten,
- zwischen den Anfällen keine Kopfschmerzen
- einseitiges Auftreten
- pochender, pulsierender oder hämmernder Schmerz
- Übelkeit, Erbrechen, Lärm- oder Lichtempfindlichkeit können den Schmerz begleiten

*Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.*

*Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.*

\_\_\_\_\_

**1**

Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**2**

Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken?

Ja  Nein

**3**

Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**4**

Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**5**

Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**6**

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**7**

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**8**

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**9**

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**10**

Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

**11**

Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an:

..... JAHRE

\_\_\_\_\_

**12**

An wievielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an:

..... TAGE

\_\_\_\_\_

**13**

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- beidseitiges Auftreten
- kann anfallsweise oder täglich auftreten
- drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- kein Erbrechen oder starke Übelkeit

*Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.*

**14**

Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?

Ja  Nein

**15**

Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?

Ja  Nein

**16**

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen?

Ja  Nein

**17**

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?

Ja  Nein

**18**

Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) unbeeinflusst?

Ja  Nein

**19**

Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden?

Ja  Nein

**20**

Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden?

Ja  Nein

**21**

Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

**22**

Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?

Ja  Nein

**23**

Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der angegebenen Beschreibung gleichen?

Ja  Nein

**24**

An wieviel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an:

..... TAGE

**25**

Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen?

Ja  Nein

**26**

Seit wievielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an:

..... JAHRE

## AUSWERTUNG

### MIGRÄNE

	Kriterien	erfüllt	
Frage 1	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 2-5	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 6-9	mindestens eine ja	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Frage 10	ja	<input type="checkbox"/>	

### EPISODISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	mindestens zwei ja	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens eine nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	<b>23 = ja</b> und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	

### CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

	Kriterien	erfüllt	
Frage 14	ja	<input type="checkbox"/>	es müssen
Fragen 15-18	nein	<input type="checkbox"/>	alle Kriterien
Fragen 19, 20	zwei nein	<input type="checkbox"/>	erfüllt sein.
Fragen 21, 22	mindestens zwei nein	<input type="checkbox"/>	
Fragen 23, 24	<b>25 = ja</b> und mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="checkbox"/>	