

Patientenfragebogen

Kopf - Schmerzzentrum Berlin am Sankt Gertrauden Krankenhaus

Liebe Patientin, lieber Patient,

Kopfschmerzen sind ein umfassendes Krankheitsbild. Deshalb ist das Team des Kopfschmerzzentrums Berlin auf genaue Informationen zu Ihrer Krankengeschichte angewiesen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.

Vielen Dank.

Ihr Team vom **Kopf** - Schmerzzentrum Berlin

Bitte geben Sie zunächst Ihre persönlichen Daten an:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenkasse _____
Aktueller Beruf: _____
Körpergröße: _____ cm Körpergewicht _____ kg
Anschrift: _____
PLZ _____ Ort _____

Ich bin zur Terminabstimmung am besten erreichbar mittels:

X Telefon: _____
X Handy: _____
X e-mail: _____ @ _____

Sie möchten im **Kopf** – Schmerzzentrum die folgenden Behandlungen gerne wahrnehmen?

- X Integrierte Versorgung Kopfschmerz
- X Akupunktur
- X Biofeedback
- X Gleichstrombehandlung
- X Kopfschmerzkrankengymnastik

- X Kurs Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
- X Kurs Zeit- und Stressmanagement
- X Kurs Kommunikationsmanagement (oder wie ich „ nein „ sagen lerne)
- X Kurs Korrektes Medikamenteneinnahmeverhalten

X Sie möchten einen Aufnahmetermin zum stationären Medikamentenpause

X Sie haben einen anderen Wunsch, nämlich: _____

Bitte vermerken Sie hier die Adressen Ihrer Ärzte, die Sie derzeit wegen der Kopfschmerzen behandeln.

Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

Anderer Arzt:

Fachrichtung

Name

Anschrift

Telefon

Anderer Arzt:

Fachrichtung

Name

Anschrift

Telefon

Leiden Sie an **einer** oder **mehreren** Kopfschmerzarten?

Woher kommt nach Ihrer Vorstellung Ihr Kopfschmerz?

(Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> durch Lebensgewohnheiten | <input type="checkbox"/> durch Stress |
| <input type="checkbox"/> seelisch bedingt | <input type="checkbox"/> körperlich bedingt |
| <input type="checkbox"/> vererbt | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

Welche Kopfschmerzdiagnosen wurden Ihnen bisher genannt?

1. _____
2. _____
3. _____

Bitte beschreiben Sie Ihren Kopfschmerz mit eigenen Worten!

Bitte nennen Sie Ihre Behandlungsziele! *(Mehrfachantworten möglich)*

Kopfschmerzhäufigkeit verringern, nämlich _____

Kopfschmerzintensität reduzieren, nämlich _____

kürzere Kopfschmerzattacken, nämlich _____

weniger Medikamente einnehmen, nämlich _____

Lebensqualität verbessern, nämlich _____

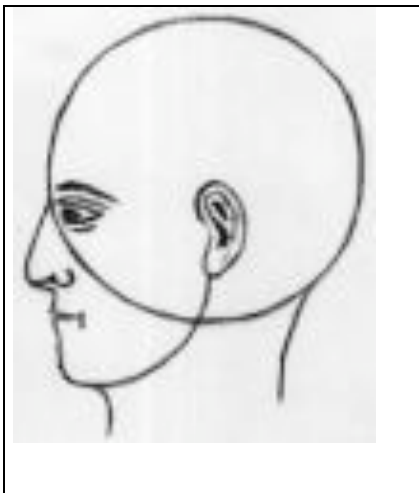
Zu Ihrer Kopfschmerzkrankung:

Falls Sie an mehreren Kopfschmerzarten leiden, beginnen Sie bitte mit dem Kopfschmerz, der Sie am **stärksten** beeinträchtigt.

Kopfschmerztyp 1

1. Wo sind Ihre Kopfschmerzen lokalisiert?

Bitte zeichnen Sie Ihren Kopfschmerz ein



- ganzer Kopf
- Stirn
- um das Auge
- beidseits
- einseitig
- falls einseitig:
 - wechselnd
 - nur rechts
 - nur links
- Schläfe
- Hinterkopf
- Gesichtsbereich
- rechtsbetont
- linksbetont

2. Welchen Charakter haben Ihre Kopfschmerzen?

- dumpf
- drückend
- ziehend
- pulsierend
- stechend

3. Wie ist die Kopfschmerzart?

- attackenartig
- dauerhaft

4. Wie stark sind Ihre Kopfschmerzen?

- schwach
- mittelstark
- stark

Schmerzstärke minimal:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzstärke maximal:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Welche Begleitscheinungen bestehen gewöhnlich?

(Mehrfachantworten möglich)

- Appetitlosigkeit
- Übelkeit
- Erbrechen
- Lichtscheu
- Lärmüberempfindlichkeit
- Geruchsüberempfindlichkeit
- Augenrötung
- Tränende Augen
- Laufende Nase
- Hängendes Augenlid / verkleinerte Pupille

6. Werden Ihre Kopfschmerzen durch körperliche Belastung (z. B. Treppensteigen oder ähnliches) verstärkt?

- Ja
- Nein

7. Haben Sie vor oder während der Kopfschmerzen weitere Symptome?

- Nein
- Ja, nämlich
 - Sehstörungen (Flimmern, Gesichtsfeldausfälle)
 - Gefühlsstörungen (Taubheit, Ameisenlaufen)
 - Lähmungen
 - Schwindel
 - Sprech-/ Sprachstörungen

Bestehen diese Störungen **nur gelegentlich** oder **immer** im Zusammenhang mit Ihren Kopfschmerzen?

8. Was kann Ihre Kopfschmerzen auslösen?

- weiß nicht
- Alkoholische Getränke, nämlich _____
- Spezielle Speisen, nämlich _____
- Medikamente, nämlich _____
- Andere Schmerzen, nämlich _____

- körperliche Aktivität
- sexuelle Aktivität
- Stress
- Wetterumschwung
- Kopfbewegungen
- Berührungen im Gesicht
- Entstressung
- Kopfschmerzen treten **nur** aus dem Schlaf heraus auf

9. Nur für Frauen

- Besteht eine regelmäßige monatliche Regelblutung? Ja Nein
- Löst die Regelblutung Kopfschmerzen aus? Ja Nein
- Wenn ja, wie oft? selten oft immer

10. Wie verhalten Sie sich während der Kopfschmerzen?

- Sie suchen Ruhe
- Sie laufen unruhig umher
- Die belastungsabhängige Aktivität ist unverändert

11. Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen gewöhnlich unbehandelt an?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Sekunden
- 5 – 30 min.
- 30 min. – 3h
- 3 h -24 h
- > 24 h- 3 Tage
- > 3 Tage
- Dauerkopfschmerzen

12. Wie viele Kopfschmerzattacken und -tage hatten Sie im Durchschnitt in den vergangenen 3 Monaten?

_____ Attacken **pro Monat** _____ Tage **pro Monat**

13. Seit wann bestehen diese Kopfschmerzen bei Ihnen?

_____ Jahre _____ Monate

5. Welche Begleitscheinungen bestehen gewöhnlich?

(Mehrfachantworten möglich)

- Appetitlosigkeit
- Übelkeit
- Erbrechen
- Lichtscheu
- Lärmüberempfindlichkeit
- Geruchsüberempfindlichkeit
- Augenrötung
- Tränende Augen
- Laufende Nase
- Hängendes Augenlid / verkleinerte Pupille

6. Werden Ihre Kopfschmerzen durch körperliche Belastung (z.B. Treppensteigen oder ähnliches) verstärkt?

- Ja
- Nein

7. Haben Sie vor oder während der Kopfschmerzen weitere Symptome?

- Nein
- Ja, nämlich
 - Sehstörungen (Flimmern, Gesichtsfeldausfälle)
 - Gefühlsstörungen (Taubheit, Ameisenlaufen)
 - Lähmungen
 - Schwindel
 - Sprech-/ Sprachstörungen

Bestehen diese Störungen **nur gelegentlich** oder **immer** im Zusammenhang mit Ihren Kopfschmerzen?

8. Was kann Ihre Kopfschmerzen auslösen?

- weiß nicht
- Alkoholische Getränke, nämlich _____
- Spezielle Speisen, nämlich _____
- Medikamente, nämlich _____
- Andere Schmerzen, nämlich _____

- körperliche Aktivität
- sexuelle Aktivität
- Stress
- Wetterumschwung
- Kopfbewegungen
- Berührungen im Gesicht
- Entstressung
- Kopfschmerzen treten **nur** aus dem Schlaf heraus auf

9. Nur für Frauen

- Besteht eine regelmäßige monatliche Regelblutung? Ja Nein
- Löst die Regelblutung Kopfschmerzen aus? Ja Nein
- Wenn ja, wie oft? selten oft immer

10. Wie verhalten Sie sich während der Kopfschmerzen?

- Sie suchen Ruhe
- Sie laufen unruhig umher
- Die belastungsabhängige Aktivität ist unverändert

11. Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen gewöhnlich unbehandelt an?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Sekunden 5 – 30 min. 30 min. – 3h 3 h -24 h > 24 h- 3 Tage > 3 Tage
- Dauerkopfschmerzen

12. Wie viele Kopfschmerzattacken und -tage hatten Sie im Durchschnitt in den vergangenen 3 Monaten?

_____ Attacken pro Monat _____ Tage pro Monat

13. Seit wann bestehen diese Kopfschmerzen bei Ihnen?

_____ Jahre _____ Monate

Kopfschmerzbehandlung:

1. Akutmedikation

Welche/s Schmerz- bzw. Migränemittel haben Sie **bisher** eingenommen?

- keine
- ja, nämlich

Präparat	Form der Darreichung (z.B. Tablette, Tropfen)	Dosierung	Aktuell	Früher	Anzahl pro Monat	Abgesetzt wegen: U: unwirksam N: nicht vertragen A: Arztwechsel
ASS (Aspirin)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Paracetamol (z.B. Benuron, Enefa)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kombi plus Coffein (Dolomo, Gelonida, Talvosilen, Thomapyrin)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Metamizol (Novalgin, Novaminsulfon)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NSAR (Aktren, Aleve, Amuno, Anco, Dolormin, Diclofenac, Ibuprofen, Ibutop, Indomethacin, Proxen, Voltaren)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
COX2 Hemmer (Arcoxia, Celebrex, Bextra, Prexige)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asco Top	Schmelztabl.	2,5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Schmelztabl.	5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tablette	2,5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tablette	5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Nasal	5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maxalt	Schmelztabl.	5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Schmelztabl.	10 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tablette	5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tablette	10 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Almogran	Tablette	12,5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allegro	Tablette	2,5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Relpax	Tablette	20 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tablette	40 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Imigran (- T) / Sumatriptan	Tablette	50 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tablette	100 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Nasal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	s.c.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Naramig / Formigran	Tablette	2,5 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergotamine	Tablette Supp.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Opiate (Tramal, Tilidin)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antiemetika (MCP, Doperidon, Dimenhydrinat)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere Substanzen						

Wie waren Sie bisher mit der **Akutmedikation** zufrieden?

		Triptan/ Ergo- tamin		Analgetika	
		Ja	Nein	Ja	Nein
1)	Erfahren Sie eine deutliche Besserung der Kopfschmerzen innerhalb von 2 Stunden nach Einnahme der Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2)	Vertragen Sie Ihre Akutmedikation gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3)	Können Sie mit einer <u>einmaligen</u> Medikamenteneinnahme aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4)	Können Sie innerhalb von 2 Stunden nach Medikamenteneinnahme zur normalen Aktivität (Beruf, Familie, Haushalt) zurückkehren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Prophylaxemedikation

Haben Sie jemals eine sogenannte **Prophylaxe** („vorbeugendes“ Medikament) zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzerkrankung erhalten?

keine

ja, nämlich

Präparat	Aktuell	Früher	Dosierung	Zeitraum der Einnahme	Ausreichend wirksam?* Ja / Nein	Probleme mit:	Zufriedenheit Schulnoten 1-6
Betablocker (z.B. Beloc, Dociton, Metoprolol, Propranolol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Sibelim (Flunarizin, Natil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Valproat (Ergenyl, Orfiril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Topiramat (Topamax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Pestwurz (Petadolex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Methysergid (Deseril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Mutterkraut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Magnesium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Amitriptylin (Saroten, Amineurin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Mirtazapin (Remergil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
NSRI (Trevilor, Cymbalta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Tizanidin (Sirdalud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		

* Wirksamkeit entspricht einer **Verringerung** um **mindestens 50% der Kopfschmerztage bzw. -intensität**

3. Nicht-medikamentöse Behandlung

Haben Sie bereits **nicht-medikamentöse Verfahren** zur Kopfschmerzbehandlung kennen gelernt bzw. wenden Sie diese an?

Methode	Ja / Nein	Ich führe die Methode durch:			Zufriedenheit Ja / Nein	Ausreichend wirksam?*
		regelmäßig	unregelmäßig	nicht		
Entspannungsverfahren						
1. Progressive Muskelent- spannung (PMR) nach Jacob- son	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
2. Autogenes Training	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Ausdauersport	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Krankengymnastik						
1. Physiotherapie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
2. Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
3. Physikalische Therapien (z.B. Massagen, Wärme-/ Kälte- anwendungen)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Biofeedback	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Traditionelle chinesische Medizin	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TENS	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Andere (z..B. Chinaöl, QiGong, Reiki, Kinesiologie, Osteopathie u.ä.)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

* Wirksamkeit entspricht einer **Verringerung** um **mindestens 50% der Kopfschmerztage bzw. -intensität**

Allgemeine Krankengeschichte:

1. Bei welchen Ärzten oder in welchen Krankenhäusern sind Sie bereits in der Vergangenheit wegen Ihrer **Kopfschmerzen** behandelt worden?

(bitte geben Sie **alle**, auch nicht-schulmedizinische Behandlungen, z.B. durch einen Heilpraktiker, an)

Arzt/Krankenhaus (mit Adresse)	Zeitraum	Eingesetzte Behandlungsverfahren (A: Attackentherapie, V: Vorbeugung)	Behandlung geholfen? (Schulnoten 1-6)	Behandlung selbst bezahlt? (Ja/Nein)
		A: V:		
		A: V:		
		A: V:		
		A: V:		
		A: V:		
		A: V:		

2. Bei welchen Ärzten oder in welchen Krankenhäusern sind Sie bereits **psychotherapeutisch** wegen Ihrer **Kopfschmerzen** behandelt worden?

Arzt/Krankenhaus (mit Adresse)	Zeitraum	Eingesetzte Behandlungsverfahren (A: Attackentherapie, V: Vorbeugung)	Behandlung geholfen? (Schulnoten 1-6)	Behandlung selbst bezahlt? (Ja/Nein)
		A: V:		
		A: V:		
		A: V:		

3. Wer hat Ihnen Ratschläge über mögliche Therapien gegeben?

(Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin/arzt | <input type="checkbox"/> andere Ärzte |
| <input type="checkbox"/> Apotheker/in | <input type="checkbox"/> Familie |
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Medien (Zeitungen, TV o. ä.) |

4. Wurden wegen Ihrer **Kopfschmerzen** jemals

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Kur/Rehabilitationsmassnahmen eingeleitet? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Arbeitsplatzwechsel durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Kündigungen ausgesprochen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Ausbildungen abgebrochen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Rentenanträge gestellt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Gab es partnerschaftliche Probleme? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

5. Leiden in Ihrer Familie weitere Personen an **Kopfschmerzen**?

Nein

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner | Diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> Eltern (<input type="checkbox"/> Vater / <input type="checkbox"/> Mutter) | Diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinder (<input type="checkbox"/> Sohn / <input type="checkbox"/> Tochter) | Diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> Großeltern (<input type="checkbox"/> Gv mü, <input type="checkbox"/> Gm mü /
Gv vä / Gm mü) | Diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | Diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Verwandte | Diagnose _____ |

6. Welche Zusatzuntersuchungen sind bei Ihnen bisher wegen Ihrer **Kopfschmerzen** durchgeführt worden?

Computertomographie (CT)

Nein

- Ja wenn ja, wann? _____
- wie häufig? einmal 2- bis 3-mal mehr als 3-mal
- Ergebnis? unauffällig auffällig unspezifisch
- Mussten Sie diese Leistung selbst bezahlen?
- Ja Nein

Kernspintomographie / Magnetresonanztomographie (MRT)

Nein

- Ja wenn ja, wann? _____
- wie häufig? einmal 2- bis 3-mal mehr als 3-mal
- Ergebnis? unauffällig auffällig unspezifisch
- Mussten Sie diese Leistung selbst bezahlen?
- Ja Nein

7. Welche **anderen** Erkrankungen (außer Kopfschmerzen) liegen bei Ihnen vor, wegen der Sie sich in regelmäßiger Behandlung befinden?

(Geben Sie bitte auch Allergien und Krankenhausaufenthalte an)

Erkrankung	Zeitraum	Behandelnder Arzt <i>(mit Adresse)</i>	Medikamente <i>(mit Dosisangabe)</i>

Nur für Frauen:

Nehmen Sie ein Medikament zur Schwangerschaftsverhütung oder ein Hormonersatzpräparat ein?

Nein

Ja

wenn ja, welches?

Vielen Dank!

Ihr/e Ärztin/Arzt wird im Gespräch mit Ihnen noch näher auf die Fragen eingehen.