

Frühere Medikation zur Prävention

In dieser Umfrage sind 98 Fragen enthalten.

Kopfschmerzbefragung - Frühere Medikation zur Prävention

Informationen zur früheren Präventivtherapie

Haben Sie früher andere **Medikamente vorbeugend** eingenommen? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Welche Medikamente haben Sie früher vorbeugend eingenommen? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Acetazolamid
- ☐ Andere (welche?)
- ☐ Venlafaxin
- ☐ Valproinsäure
- ☐ Topiramat
- ☐ Propranolol
- ☐ Pregabalin
- ☐ Pestwurz
- ☐ Opipramol
- ☐ OnabotulinumtoxinA
- ☐ Naproxen
- ☐ Mutterkraut
- ☐ Metoprolol
- ☐ Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q
- ☐ Magnesium
- ☐ Lisinopril
- ☐ Lamotrigin
- ☐ Galcanezumab
- ☐ Gabapentin
- ☐ Fremanezumab
- ☐ Flunarizin
- ☐ Erenumab
- ☐ Duloxetine
- ☐ Citalopram
- ☐ Carbamazepin
- ☐ Candesartan
- ☐ Bisoprolol
- ☐ ASS
- ☐ Amitriptylin

Bitte wählen Sie **alle Medikamente aus**, die Sie früher vorbeugend gegen Migräne eingenommen haben.

Seit wann haben Sie **Acetazolamid** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen?
*

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Acetazolamid **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Acetazolamid** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen ?

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Acetazolamid beendet haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Acetazolamid** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Amitriptylin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Amitriptylin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Amitriptylin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Amitriptylin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Amitriptylin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **ASS** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit ASS **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **ASS** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit ASS **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **ASS** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Wirksamkeit zu gering

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Bisoprolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Bisoprolol **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Bisoprolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Bisoprolol **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Bisoprolol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Candesartan** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen?
*

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Candesartan **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Candesartan** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Candesartan **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Candesartan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Carbamazepin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Carbamazepin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Carbamazepin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Carbamazepin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Carbamazepin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle **zutreffenden** Antworten aus:

- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Citalopram** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Citalopram **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Citalopram** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Citalopram **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Citalopram** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Duloxetin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Duloxetin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Duloxetin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Duloxetin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Duloxetin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Wirksamkeit zu gering

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Erenumab** als subkutane Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Erenumab **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Erenumab** als subkutane Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen zu erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Erenumab **beendet** haben.

Wie hoch war Ihre **Einzeldosis Erenumab pro Anwendung**? *

Bitte wählen Sie nur **eine** der folgenden Antworten aus:

- ☐ 70 mg
- ☐ 140 mg
- ☐ andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Einzeldosis** pro Anwendung an.

Wie hoch war Ihre **andere Einzeldosis Erenumab** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte tragen Sie die Höhe der **Einzeldosis** (in mg) in das Feld ein.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Erenumab** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Flunarizin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Flunarizin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Flunarizin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Flunarizin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Flunarizin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Fremanezumab** als subkutane Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Fremanezumab **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Fremanezumab** als subkutane Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen zu erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Fremanezumab **beendet** haben.

Wie hoch war Ihre **Einzeldosis Fremanezumab pro Anwendung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ 225 mg
- ☐ 675 mg
- ☐ andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Einzeldosis** pro Anwendung an.

Wie hoch war Ihre **andere Einzeldosis Fremanezumab** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte tragen Sie die Höhe der **Einzeldosis** (in mg) in das Feld ein.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Fremanezumab** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Gabapentin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Gabapentin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Gabapentin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Gabapentin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Gabapentin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Galcanezumab** als subkutane Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Galcanezumab **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Galcanezumab** als subkutane Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen zu erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Galcanezumab **beendet** haben.

Wie hoch war Ihre **Einzeldosis Galcanezumab pro Anwendung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ 120 mg
☐ 240 mg
☐ andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Einzeldosis** pro Anwendung an.

Wie hoch war Ihre **andere Einzeldosis Galcanezumab** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte tragen Sie die Höhe der **Einzeldosis** (in mg) in das Feld ein.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Galcanezumab** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verträglichkeitsprobleme
☐ Wirksamkeit zu gering
☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
☐ Kontraindikationen

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Lamotrigin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Lamotrigin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Lamotrigin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Lamotrigin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Lamotrigin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Lisinopril** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Lisinopril **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Lisinopril** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Lisinopril **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Lisinopril** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Magnesium** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Magnesium **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Magnesium** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Magnesium **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Magnesium** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Metoprolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Metoprolol **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Metoprolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Metoprolol **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Metoprolol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Mutterkraut** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Mutterkraut **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Mutterkraut** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Mutterkraut **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Mutterkraut** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie **alle** zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Naproxen** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Naproxen **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Naproxen** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Naproxen **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Naproxen** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **OnabotulinumtoxinA**-Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Onabotulinumtoxin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **OnabotulinumtoxinA**-Injektionen vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen zu erhalten? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Onabotulinumtoxin **beendet** haben.

Wie hoch war Ihre **Einzeldosis OnabotulinumtoxinA pro Anwendung**? *

Bitte wählen Sie nur **eine** der folgenden Antworten aus:

- ☐ 155 IE
- ☐ 195 IE
- ☐ andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Einzeldosis** pro Anwendung an.

Wie hoch war Ihre **andere Einzeldosis OnabotulinumtoxinA** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte tragen Sie die Höhe der **Einzeldosis** (in IE) in das Feld ein.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **OnabotulinumtoxinA** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Opipramol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Opipramol **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Opipramol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Opipramol **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Opipramol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Pestwurz** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Pestwurz **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Pestwurz** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Pestwurz **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Pestwurz** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Pregabalin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Pregabalin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Pregabalin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Pregabalin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Pregabalin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Propanolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Propanolol **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Propanolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Propanolol **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Propanolol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Topiramate** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Topiramate **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Topiramat** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Topiramat **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Topiramat** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Valproinsäure** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Valproinsäure **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Valproinsäure** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Valproinsäure **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Valproinsäure** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Seit wann haben Sie **Venlafaxin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des **Datums** eingeben!

Bitte ein **Datum** eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Venlafaxin **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, **Venlafaxin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit Venlafaxin **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die vorbeugende Therapie: **Venlafaxin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Bitte geben Sie für die **nicht in der Auswahl enthaltenen, vorbeugenden Medikation(en)** gegen Kopfschmerzen, die Sie früher eingenommen haben folgende **Informationen** an: *

Bitte schreiben Sie die **Informationen über den Namen, die Darreichungsform und die Höhe der Einzeldosis pro Anwendung** jeweils in das **Feld rechts neben der Kategorie**.

Seit wann haben Sie das **andere Medikament** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen eingenommen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit dem anderen Medikament **begonnen** haben.

Wann haben Sie aufgehört, das **andere Medikament** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen einzunehmen? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie das **Datum** an, an dem Sie Ihre Therapie mit dem anderen Medikament **beendet** haben.

Warum nehmen Sie die **andere** vorbeugende Therapie nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kontraindikationen
- ☐ Verträglichkeitsprobleme
- ☐ Wirksamkeit zu gering
- ☐ Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Bitte wählen Sie **alle zutreffenden** Gründe aus.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.