

Aktuelle Medikation zur Prävention

In dieser Umfrage sind 44 Fragen enthalten.

Kopfschmerzbefragung - Aktuelle Medikation zur Prävention

Informationen zur aktuellen Präventivtherapie

Nehmen Sie aktuell **vorbeugend Medikamente** gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie **aktuell vorbeugend** gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

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

Bitte wählen Sie **alle Medikamente aus**, die Sie aktuell vorbeugend gegen Kopfschmerzen einnehmen.

Seit wann nehmen Sie **Acetazolamid** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Amitriptylin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **ASS** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Candesartan** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Bisoprolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Carbamazepin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Citalopram** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Duloxetine** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

Bitte alle Teile des Datums eingeben!

Bitte ein Datum eingeben:

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

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

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.

Wie hoch ist Ihre **aktuelle 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 ist Ihre **andere aktuelle Einzeldosis Erenumab pro Anwendung**? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Seit wann nehmen Sie **Flunarizin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

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

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.

Wie hoch ist Ihre **aktuelle 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 ist Ihre **andere aktuelle Einzeldosis Fremanezumab** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Seit wann nehmen Sie **Gabapentin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

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

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.

Wie hoch ist Ihre **aktuelle 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 ist Ihre **andere aktuelle Einzeldosis Galcanezumab** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Seit wann nehmen Sie **Lamotrigin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Lisinopril** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Magnesium** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Magnesium + Vitamin B2 + Coenzym Q** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Metoprolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Mutterkraut** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Naproxen** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

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

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.

Wie hoch ist Ihre **aktuelle 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 ist Ihre **andere aktuelle Einzeldosis OnabotulinumtoxinA** pro Anwendung? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Seit wann nehmen Sie **Opipramol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Pestwurz** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Propanolol** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Pregabalin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Topiramate** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Valproinsäure** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie **Venlafaxin** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Seit wann nehmen Sie das **andere Medikament** vorbeugend gegen Ihre Kopfschmerzen ein? *

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.

Bitte geben Sie für die **nicht in der Auswahl enthaltene(n), vorbeugenden Medikation(en)** gegen Kopfschmerzen, die Sie aktuell einnehmen 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**.

Wie zufrieden sind Sie mit der **Wirksamkeit** Ihrer aktuellen Prophylaxe? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ gar nicht
- ☐ ein wenig
- ☐ mittel
- ☐ sehr

Bitte begründen Sie Ihre Angabe zur **Zufriedenheit mit der Wirksamkeit** Ihrer aktuellen Prophylaxe. *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie zufrieden sind Sie mit der **Verträglichkeit** Ihrer aktuellen Prophylaxe? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ gar nicht
- ☐ ein wenig
- ☐ mittel
- ☐ sehr

Bitte begründen Sie Ihre Angabe zur **Zufriedenheit mit der Verträglichkeit** Ihrer aktuellen Prophylaxe. *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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