

Kopfschmerzgeschichte

In dieser Umfrage sind 15 Fragen enthalten.

Kopfschmerzbefragung - Kopfschmerzgeschichte

Kopfschmerzbeschreibung & Personenbezogene Hintergrundinformationen.

Alle mit * markierten Fragen sind Pflichtfragen.

Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an. *

Bitte ein Datum eingeben:

Welches **Geschlecht** haben Sie?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐

weiblich

☐

männlich

☐

divers

Wie würden Sie Ihre momentane **berufliche Situation** beschreiben? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐

Vollzeit berufstätig

☐

Teilzeit berufstätig

☐

Hausfrau/-mann

☐

in Ausbildung

☐

SchülerIn

☐

Studierende(r)

☐

Arbeitsunfähig

☐

in Altersrente

☐

in Erwerbsunfähigkeitsrente

☐

andere berufliche Situation

Bitte wählen Sie **die Antwort aus**, die Ihre berufliche Situation am **zutreffendsten** beschreibt.

Bitte beschreiben Sie Ihre **andere berufliche Situation** kurz. *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sind Kopfschmerzen der **Grund** für Ihre **Arbeitsunfähigkeit**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Bitte beschreiben Sie kurz die **Ursache(n)** für Ihren Eintritt in die **Arbeitsunfähigkeit**. *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sind Kopfschmerzen der **Grund** für Ihren Eintritt in die **Erwerbsunfähigkeitsrente**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Bitte beschreiben Sie kurz die **Ursache(n)** für Ihren Eintritt in die **Erwerbsunfähigkeit**. *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wurde bei Ihnen bereits eine **Kopfschmerzdiagnose** gestellt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Welche Kopfschmerzen wurden diagnostiziert? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐Migräne-
kopfschmerzen☐Spannungs-
kopfschmerzen☐andere
KopfschmerzenBitte geben Sie **alle Kopfschmerzdiagnosen** an, die bei Ihnen gestellt wurden.Wie lautet die **andere Kopfschmerzdiagnose**? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte beschreiben Sie hier kurz Ihre **andere Kopfschmerzdiagnose**.Wegen **welcher Kopfschmerzen** kommen Sie heute zur **Behandlung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐Migräne-
Kopfschmerzen☐Spannungs-
Kopfschmerzen☐anderen
KopfschmerzenBitte geben Sie **nur die führende Art von Kopfschmerzen** an, wegen denen Sie hauptsächlich zur Behandlung kommen.**Alle folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre hier getätigte Angabe.**Welche **anderen Kopfschmerzen** haben Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte beschreiben Sie hier kurz Ihre **anderen Kopfschmerzen**, wegen denen Sie heute zur Behandlung kommen.**Seit wann** leiden Sie unter diesen **Kopfschmerzen**? *

Bitte ein Datum eingeben:

Bitte geben Sie **Monat und Jahr** des Beginn Ihres Leidens an Kopfschmerzen an.

Wie **viele Therapeuten** haben Sie wegen Ihrer **Kopfschmerzen** schon aufgesucht? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte geben Sie die **Anzahl der Therapeuten** an, die Sie mit dem Ziel der Behandlung Ihrer Kopfschmerzen bereits aufgesucht haben.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

MUSTER