

# Kieler

In dieser Umfrage sind 33 Fragen enthalten.

## Kieler Kopfschmerzfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

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

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- 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
- Nein, keine der Beschreibungen trifft auf meine Kopfschmerzen zu.

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

Da bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihren **Kopfschmerzen** zu beantworten. \*

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Können sich diese Kopfschmerzen auf **eine Kopfhälfte** beschränken? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Können diese Kopfschmerzen einen **pulsierenden** Charakter haben? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Können diese Kopfschmerzen Ihre **übliche Tagesaktivität** erheblich beeinträchtigen? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Übelkeit** begleitet werden? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Erbrechen** begleitet werden? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Lichtempfindlichkeit** begleitet werden?  
\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Lärmempfindlichkeit** begleitet werden?  
\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

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

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die **Anzahl der Tage pro Monat** an: \*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bei Ihnen treten **keine** Kopfschmerzen auf, die diesen ersten Beschreibungen entsprechen.

**Beantworten Sie daher bitte die folgenden Fragen.**

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

\*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
- beidseitiges Auftreten
- kann anfallsweise oder täglich auftreten
- drückender, ziehender, dumpfer Schmerz
- kein Erbrechen oder starke Übelkeit
- Nein, keine der Beschreibungen trifft auf meine Kopfschmerzen zu.

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

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihren **Kopfschmerzen**. \*

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen ihrer **üblichen Tagesaktivität** nachgehen. \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen **beidseitig** auftreten? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Übelkeit** begleitet werden? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Erbrechen** begleitet werden? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Lichtempfindlichkeit** begleitet werden? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Können diese Kopfschmerzen von **Lärmempfindlichkeit** begleitet werden? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

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

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

An wie vielen **Tagen pro Monat** leiden Sie **durchschnittlich** an solchen Kopfschmerzanfällen? \*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Geben Sie bitte die **entsprechende Anzahl** an:

Leiden Sie **schon länger** an solchen Kopfschmerzen? \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Seit **wie vielen Jahren** leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? \*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Geben Sie bitte die **entsprechende Zahl** an:

Bei Ihnen treten zudem **keine** Kopfschmerzen auf, die diesen zweiten Beschreibungen entsprechen.

**Bitte schließen Sie die Befragung noch ab, indem Sie das Feld mit der Aufschrift "Absenden" oder "Fertig" anklicken.**



Bitte beachten Sie, dass die Fragen auf dieser Seite vollständig beantwortet werden müssen, damit Ihre Behandler hierzu Aussagen treffen können.



Sie haben alle notwendigen Fragen auf dieser Seite beantwortet und die zugehörigen Kennzahlen können für Ihre Behandler berechnet werden.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**

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

MUSTER