

Frühere Medikation

In dieser Umfrage sind 83 Fragen enthalten.

Kopfschmerzbefragung - Frühere Medikation

Informationen zur früheren Medikation

Haben Sie **früher andere Akuttherapien** ausprobiert? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

MUSTER

Mit **welchen Medikamenten** haben Sie **früher** Ihre Kopfschmerzen behandelt? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Almotriptan
- ASS + Coffein
- ASS + Paracetamol + Coffein
- ASS Monotherapie (Acetylsalizylsäure)
- Celecoxib
- Diclofenac
- Eletriptan
- Etoricoxib
- Frovatriptan
- Ibuprofen
- Metamizol
- Naproxen
- Naratriptan
- Paracetamol
- Paracetamol + Coffein
- Phenazon
- Prednison
- Rizatriptan
- Sumatriptan
- Tilidin
- Tramadol
- Zolmitriptan
- Andere (welche?)

Bitte wählen Sie **alle Medikamente aus**, mit denen Sie Ihre Kopfschmerzen **früher** behandelt haben.

Wie hoch war die Gesamtdosis **Almotriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 12,5 mg
- 25 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Almotriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die **Therapie: Almotriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **ASS + Coffein** pro Attacke? *

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

- 400 mg + 50 mg
- 500 mg + 50 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** ASS + Coffein pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis ASS + Coffein** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **ASS + Coffein** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Dosis **ASS + Paracetamol + Coffein** pro Attacke? *

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

- 250 mg + 200 mg + 50 mg
- 250 mg + 250 mg + 50 mg
- 250 mg + 250 mg + 65 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis ASS+Paracetamol+Coffein** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **ASS + Paracetamol + Coffein** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform der **ASS Monotherapie (Acetylsäure)**? *

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

- Tablette
- i.v. Injektion

Wie hoch war die Gesamtdosis der **ASS Monotherapie (Acetylsalizylsäure)** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 500 mg
- 1000 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis** der **ASS Monotherapie (Acetylsalizylsäure)** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **ASS Monotherapie (Acetylsalizylsäure)** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **Celecoxib** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 100 mg
- 200 mg
- 400 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Celecoxib** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Celecoxib** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Diclofenac**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette; Kapsel
- Retardtablette; Retardkapsel
- Zäpfchen

Wie hoch war die Gesamtdosis **Diclofenac** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 25 mg
- 50 mg
- 75 mg
- 100 mg
- 150 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Diclofenac** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Diclofenac** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **Eletriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 20 mg
- 40 mg
- 60 mg
- 80 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Eletriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Eletriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **Etoricoxib** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 30 mg
- 60 mg
- 90 mg
- 120 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Etoricoxib** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Etoricoxib** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **Frovatriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 2,5 mg
- 5 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Frovatriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Frovatriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Ibuprofen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette; Kapsel
- Pulver zum Einnehmen
- Zäpfchen

Wie hoch war die Gesamtdosis **Ibuprofen** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 200 mg
- 400 mg
- 600 mg
- 800 mg
- 1200 mg
- 1800 mg
- 2400 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Ibuprofen** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Ibuprofen** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Metamizol**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette
- Tropfen zum Einnehmen
- i.v. Injektion
- Zäpfchen

Wie hoch ist die Gesamtdosis **Metamizol** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 500 mg
- 1000 mg
- 1500 mg
- 2000 mg
- 3000 mg
- 4000 mg
- 5000 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Metamizol** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Metramizol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Naproxen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette
- Suspension zum Einnehmen

Wie hoch ist die Gesamtdosis **Naproxen** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 250 mg
- 500 mg
- 750 mg
- 1000 mg
- 1250 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Naproxen** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

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

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **Naratriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 2,5 mg
- 5 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Naratriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Naratriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Paracetamol**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette; Kapsel
- Zäpfchen
- Lösung zum Einnehmen
- Brausetablette
- Granulat

Wie hoch war die Gesamtdosis **Paracetamol** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 250 mg
- 500 mg
- 750 mg
- 1000 mg
- 1500 mg
- 2000 mg
- 2500 mg
- 3000 mg
- 3500mg
- 4000 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Paracetamol** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Paracetamol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Paracetamol + Coffein**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette; Kapsel
- Zäpfchen

Wie hoch war die Gesamtdosis **Paracetamol + Coffein** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 333 mg + 50 mg
- 350 mg + 50 mg
- 450 mg + 50 mg
- 500 mg + 65 mg
- 400 mg + 100 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Paracetamol+Coffein** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Paracetamol + Coffein** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Phenazon**? *

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

- Tablette
- Zäpfchen

Wie hoch war die Gesamtdosis **Phenazon** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 500 mg
- 1000 mg
- 2000 mg
- 3000 mg
- 4000 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Phenazon** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Phenazon** nicht mehr? *

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

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Prednison**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette
- i.v. Injektion
- Zäpfchen

Wie hoch war die Gesamtdosis **Prednison** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 10 mg
- 20 mg
- 25 mg
- 40 mg
- 50 mg
- 80 mg
- 100 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Prednison** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Prednison** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie hoch war die Gesamtdosis **Rizatriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 5 mg
- 10 mg
- 20 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Rizatriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Rizatriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Sumatriptan**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette
- Nasenspray
- s.c. Injektion
- Zäpfchen

Wie hoch ist die Gesamtdosis **Sumatriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 6 mg
- 10 mg
- 12 mg
- 20 mg
- 25 mg
- 40 mg
- 50 mg
- 100 mg
- 200 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Sumatriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Sumatriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Tilidin**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Retardtablette
- Tropfen

Wie hoch war die **Gesamtdosis Tilidin** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 50 mg
- 100 mg
- 150 mg
- 200 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Tilidin** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Tilidin** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Tramadol**? *

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

- Tablette; Kapsel
- Retardtablette; Retardkapsel
- Brausetablette
- i.v. Injektion
- Tropfen zum Einnehmen
- Zäpfchen

Wie hoch war die Gesamtdosis **Tramadol** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 50 mg
- 100 mg
- 150 mg
- 200 mg
- 250 mg
- 300 mg
- 400 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Tramadol** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Tramadol** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Wie war die Darreichungsform von **Zolmitriptan**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Tablette
- Nasenspray

Wie hoch war die Gesamtdosis **Zolmitriptan** pro Attacke? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 2,5 mg
- 5 mg
- 10 mg
- andere Dosis

Bitte geben Sie die Höhe der **Gesamtdosis** pro Attacke an.

Wie hoch war Ihre **andere Gesamtdosis Zolmitriptan** pro Attacke? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

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

Warum nehmen Sie die Therapie: **Zolmitriptan** nicht mehr? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

Bitte geben Sie für die **nicht in der Auswahl enthaltene(n) Medikation(en)** gegen Kopfschmerzen folgende **Informationen** an:

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

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

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kontraindikationen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Probleme mit Verträglichkeit
- Wirkstärke zu schwach
- Wirkgeschwindigkeit zu langsam
- Wirkdauer zu kurz

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

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