

Andere Schmerzen

In dieser Umfrage sind 43 Fragen enthalten.

Kopfschmerzbefragung - Andere Schmerzen

Informationen zu weiteren Schmerzen und Erkrankungen

Leiden Sie **zusätzlich** auch noch unter **anderen Kopfschmerzen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Unter **welchen anderen Kopfschmerzen** leiden Sie **zusätzlich** noch? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐
Spannungs-
kopfschmerzen
- ☐
Cluster-
kopfschmerzen
- ☐
anderen
Kopfschmerzen

An wie **vielen** Tagen hatten Sie in den **vergangenen 4 Wochen** **Spannungskopfschmerzen**? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0 Tagen



28 Tagen

An wie vielen Tagen hatten Sie in den **vergangenen 4 Wochen Cluster-Kopfschmerzen**? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0 Tagen



28 Tagen

Unter welchen **anderen Kopfschmerzen** leiden Sie zusätzlich noch? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

An wie vielen Tagen hatten Sie in den **vergangenen 4 Wochen andere Kopfschmerzen**? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0 Tagen



28 Tagen

Leiden Sie auch noch unter **anderen Schmerzen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Unter **welchen anderen Schmerzen** leiden Sie noch? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Kreuz-/Rückenschmerzen
- ☐ Schulter-/Nackenschmerzen
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Nervenschmerzen
- ☐ Tumor-bedingte Schmerzen
- ☐ anderen Schmerzen

Unter welchen anderen, **hier nicht aufgeführten Schmerzen** leiden Sie zusätzlich noch? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Leiden Sie neben Ihren Kopfschmerzen noch an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Unter **welchen weiteren Krankheiten, oder Krankheitsfolgen** leiden Sie neben Ihren Kopfschmerzen noch? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ bösartiger Erkrankung / Tumorleiden / Krebs
- ☐ Erkrankung des Nervensystems, Gehirns oder Rückenmarks
- ☐ Erkrankung von Herz oder Kreislauf
- ☐ Erkrankung von Lunge und Atemwegen
- ☐ Magen-, Darmerkrankung
- ☐ Erkrankung von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse
- ☐ Erkrankung von Niere, Harnwegen oder Geschlechtsorganen
- ☐ Stoffwechselerkrankung
- ☐ Hauterkrankung
- ☐ Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes
- ☐ Immunschwäche (z.B. HIV / AIDS, etc.)
- ☐ Blutgerinnungsstörungen
- ☐ seelische Leiden
- ☐ Risikofaktoren (z.B. Hepatitis)
- ☐ Unverträglichkeiten, Allergien
- ☐ anderer Erkrankung

Unter welcher **bösartigen Erkrankung / Tumorleiden / Krebs** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **bösartige Erkrankung / Tumorleiden / Krebs**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Erkrankung des Nervensystems, Gehirns oder Rückenmarks** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Erkrankung des Nervensystems, Gehirns oder Rückenmarks**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Erkrankung von Herz oder Kreislauf** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Erkrankung von Herz oder Kreislauf**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Erkrankung von Lunge und Atemwegen** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Erkrankung von Lunge und Atemwegen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Magen-, Darmerkrankung** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Magen-, Darmerkrankung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Erkrankung von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Erkrankung von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Erkrankung von Niere, Harnwegen oder den Geschlechtsorganen** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Erkrankung von Niere, Harnwegen oder den Geschlechtsorganen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Stoffwechselerkrankung** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Stoffwechselerkrankung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Hauterkrankung** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Hauterkrankung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welcher **Immunschwäche (z.B. HIV / AIDS, etc.)** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Immunschwäche (z.B. HIV / AIDS, etc.)**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welchen **Blutgerinnungsstörungen** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Blutgerinnungsstörungen**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welchen **seelische Leiden** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **seelische Leiden**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

Unter welchen **Risikofaktoren (z.B. Hepatitis)** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Risikofaktoren (z.B. Hepatitis)**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
☐ leicht
☐ mäßig
☐ stark

Unter welchen **Unverträglichkeiten, Allergien** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **Unverträglichkeiten, Allergien**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
☐ leicht
☐ mäßig
☐ stark

Unter welcher **anderen, nicht aufgeführten Erkrankung** leiden Sie? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie stark ist Ihre **Beeinträchtigung im Alltag** durch die **andere, nicht aufgeführte Erkrankung**? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ leicht
- ☐ mäßig
- ☐ stark

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