

Kieler Kopfschmerzfragebogen.

Nach Prof. H. Göbel, Kiel

Beantworten Sie bitte folgende Fragen

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

- 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

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, setzen Sie bitte die Beantwortung bei der Frage 13 fort.

1. Dauern diese Kopfschmerzanfälle 4 bis 72 Stunden an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt? Ja Nein
2. Können sich diese Kopfschmerzen auf eine Kopfhälfte beschränken? Ja Nein
3. Können diese Kopfschmerzen einen pulsierenden Charakter haben? Ja Nein
4. Können diese Kopfschmerzen Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen? Ja Nein
5. Können diese Kopfschmerzen beim Treppensteigen oder durch andere körperliche Aktivität verstärkt werden? Ja Nein
6. Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden? Ja Nein

7. Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden? Ja Nein
8. Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein
9. Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein
10. Sind bei Ihnen schon mindestens fünf Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung entsprechen? Ja Nein
11. Wie lange leiden Sie an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Jahren an:
_____ Jahre
12. An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an entsprechenden Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an:
_____ Tage
13. Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?
 - Dauer ohne Behandlung: 30 Minuten bis 7 Tage
 - Beidseitiges Auftreten
 - Kann anfallsweise oder täglich auftreten
14. Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt? Ja Nein
15. Können diese Kopfschmerzen einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben? Ja Nein
16. Können Sie trotz dieser Kopfschmerzen Ihrer üblichen Tagesaktivität nachgehen? Ja Nein
17. Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten? Ja Nein
18. Bleiben diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten (z. B. Treppensteigen) unbeeinflusst? Ja Nein
19. Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet werden? Ja Nein
20. Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet werden? Ja Nein
21. Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein
22. Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden? Ja Nein
23. Sind bei Ihnen schon mindestens zehn Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die der Beschreibung gleichen? Ja Nein
24. An wie viel Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl an:
_____ Tage
25. Leiden Sie schon länger an solchen Kopfschmerzen? Ja Nein
26. Seit wie vielen Jahren leiden Sie an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zahl an:
_____ Jahre

Falls bei Ihnen solche oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Treten solche Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.

Auswertung

Migräne*			Episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp*			Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp*		
Frage	Kriterien	erfüllt	Frage	Kriterien	erfüllt	Frage	Kriterien	erfüllt
1	ja	<input type="checkbox"/>	14	ja	<input type="checkbox"/>	14	ja	<input type="checkbox"/>
2-5	mindestens 2x ja	<input type="checkbox"/>	15-18	mindestens 2x ja	<input type="checkbox"/>	15-18	nein	<input type="checkbox"/>
6-9	mindestens 1x ja	<input type="checkbox"/>	19/20	2x nein	<input type="checkbox"/>	19/20	2x nein	<input type="checkbox"/>
10	ja	<input type="checkbox"/>	21/22	mindestens 1x nein	<input type="checkbox"/>	21/22	mindestens 2x nein	<input type="checkbox"/>
			23/24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerz-tage pro Monat	<input type="checkbox"/>	23/24	23 = ja und weniger als 15 Kopfschmerz-tage pro Monat	<input type="checkbox"/>

*Es müssen alle Kriterien erfüllt sein.