

# Fragebogen: Kopfschmerzen / Migräne

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

(Spannungs-)Kopfschmerzen                      Migräne mit Aura                      Migräne ohne Aura  
 Cluster-Kopfschmerzen                      Sonstige :

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

Licht-/Geräuschempfindlichkeit                      Seh-/Hörstörungen                      Verwirrtheit/Halluzinationen  
 Übelkeit/Erbrechen                      Depressive Verstimmung                      Benommenheit/Schwindel  
 Missempfindungen                      Lähmungen                      Ohnmacht  
 Krampfanfall                      Sonstige:

**3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

Wann erstmals?             Wann zuletzt?   

1 - 2 Tage im Monat                      3 - 7 Tage im Monat                      An mehr als 7 Tagen im Monat

**4. Wie lange dauern die Beschwerden in der Regel an?**

einige Stunden                      einen Tag                      mehr als einen Tag

**5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?**

Unfall                      Psychische Störung                      Erkrankungen des Gehirns                      Nein  
 Wirbelsäulenschädigung                      Stress                      Infektion  
 Bluthochdruck                      Augenerkrankung                      Medikamentennebenwirkung  
 Sonstige:

**6. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?**

Keine    Medikamente:                      von:          bis:

In welcher Dosierung?    täglich (auch prophylaktisch) ( \_\_\_\_ mal am Tag)    bedarfsweise \_\_\_\_ mal im Monat  
 regelmäßig mehr als 14 Tage pro Monat

**7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?**

Keine                      EEG                      Kopf-CT  
 Kopf-MRT                      Gehirnwasseruntersuchung  
 Sonstige:

Wann?                      In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis?    kein krankhafter Befund                      krankhafter Befund

**(Bitte Befund beifügen)**

# Fragebogen: Kopfschmerzen / Migräne

B

## 8. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Psychotherapie/Verhaltenstherapie  
(bitte auch Fragebogen Psychische Erkrankungen beifügen)

Schmerztherapie

Nein

Sonstige:

von:  bis:  wie oft?

## 9. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von:  bis:  Behandlungszeitraum | von:  bis:

## 10. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:  Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

## 11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schwindel, Belastungseinschränkungen, Schlafstörungen, Angstzustände)?

Ja | welche?

Nein

## 12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von:  bis:  Ja | von:  bis:

Nein

## 13. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

## 14. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?

Schichtdienst

Hohe Arbeitsbelastung

Reisetätigkeit

Nein

Unregelmäßige Arbeitszeiten

Tätigkeit auch am Wochenende

intensive Bildschirmarbeit

Sonstige:

## 15. Ist ein Berufs-/Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person