

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Angaben aus.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

9. Migräne/Kopfschmerzen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Spannungskopfschmerz, Migräne mit Aura, Clusterkopfschmerz)?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie (z. B. Übelkeit, Lichtempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Sprachstörungen, Augenflimmern, Erbrechen, Schwindel, Gefühlsstörungen, Hörstörungen)?

3. Wann und wie lange traten sie im Einzelnen auf (z. B. einmalig, wiederholt, dauernd) und in welchen Abständen?

4. Welche Ursachen haben die Kopfschmerzen/Migräne?

5. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

• Wie oft wurden Sie behandelt (Bitte nicht „bei Bedarf“ angeben)?

6. Wie wurde/wird behandelt?

7. Welche Medikamente nehmen Sie ein (Namen und Dosierung angeben)?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (z. B. CT, EEG)?

9. Haben Sie jetzt noch Beschwerden?

• wenn Ja, welche?

Ja Nein

10. Ist die Erkrankung ausgeheilt?

Ja Nein

11. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?