

**Name:**

**Geburtstag:**

**Datum:**

1. Wie lange dauert bei Ihnen ein Kopfschmerz an?

---

2. Haben Sie ein einseitiges Auftreten?

---

3. Wie stark ist der Schmerz von 0-10 (0= keine Schmerzen, 10= nicht ertragbar)

---

4. Wie oft kommen Ihre Kopfschmerzen? Regelmäßiger Abstand erkennbar? (Bsp. alle 14 Tage)

---

5. Wird der Kopfschmerz mit Übelkeit/Erbrechen begleitet?

---

6. Haben Sie Schulterschmerzen?

---

7. Periodenschmerzen?

---

8. Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule/Hüftgelenk?

---

9. Helfen Schmerzmittel wie Paracetamol oder Ibu?

---

10. Wie viele Tage im Monat müssen Sie unter Kopfschmerzen leiden?

---