Neurozentrum Bielefeld

Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Regionales MS - Schwerpunktzentrum
Zentrum für Klinische Studien

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Anzahl der Kopfschmerzanfälle		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Datum des jeweiligen Kopfschmerzanfalls																					
Schmerzstärke (1 = schwach, 2 = mittel, 3 = stark, 4 = sehr stark)																					
Anfallsdauer																					
Einseitiger Kopfschmerzen (R=rechts, L=links)																					
Pulsierend, stechend, pochend																					
Dumpf, drückend, ziehend																					
Lärm-/Lichtempfindlichkeit Ruhebedürfnis (J = Ja, N = Nein)																					
Übelkeit / Erbrechen (Ü = Übelkeit, E = Übelkeit + Erbrechen)																					
Verstärkung bei körperlicher Arbeit (J = Ja, N = Nein)																					
Hinderlich bei üblicher Tätigkeit (J = Ja, N = Nein)																					
Medikamente 1: _____ 2: _____																					
Wirkung	gut																				
	mäßig																				
	schlecht																				