



**Patienten-Fragebogen**  
**zur stationären multimodalen Schmerztherapie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 Ihr Arzt und Sie planen, Sie zu einer stationären multimodalen Schmerztherapie in unsere Klinik einzuweisen.  
 Dieser Fragebogen stellt – neben dem für Ihren einweisenden Arzt verfügbaren Formular - eine wichtige  
 Hilfestellung zur Entscheidung über eine stationäre Therapie dar.  
 Um Sie optimal behandeln und auf Ihre Bedürfnisse eingehen zu können, möchten wir Sie bitten, den  
 folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie alle Felder aus und lassen Sie keine Frage unbeantwortet.  
 Sollten Sie Rückfragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ / Wohnort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon (Festnetz)	Telefon (Mobil)
Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> Privat krankenversichert <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung (Krankenhaus)  Versicherungsnummer:  Name und Adresse der Krankenkasse:	Name Ihres Rentenversicherungsträger:  (Bitte Angabe mit Ort/Bundesland  z.B. Deutsche Rentenversicherung Rheinland- Pfalz):

- Ich komme als Patient erstmalig in die Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein
- Ich war bereits stationär als Patient in der Migräne- und Kopfschmerzklinik, zuletzt im Jahr \_\_\_\_\_
- Ich war bereits zu einer ambulanten Behandlung in der Migräne- und Kopfschmerzklinik

Sind Sie berufstätig?	Ja, in Vollzeit <input type="checkbox"/> Ja, in Teilzeit <input type="checkbox"/> mit _____ Wochenstunden
Sie sind nicht berufstätig?	Erwerbsunfähigkeitsrente _____ % <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Schüler oder Student <input type="checkbox"/> nicht berufstätig (z.B. Hausfrau) <input type="checkbox"/>



Bestand eine Schul- / Arbeitsunfähigkeit aufgrund Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> an insgesamt _____ Tagen
Bestand eine Erwerbsunfähigkeit aufgrund Ihrer Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Antrag auf stationäre Vorsorge- oder Rehabilitation gestellt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wurde der Antrag abgelehnt? Bei Ablehnung, bitte den Ablehnungsbescheid mitbeilegen.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

### Welche Ärzte haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen aufgesucht?

Für eine zeitnahe Entscheidung zur stationären Therapie ist die Verfügbarkeit der Vorbefunde wichtig. **Bitte fügen Sie diese dem Fragebogen bei.**

**Befund unbedingt beigefügt**

1.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Hausarzt</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
2.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Neurologie</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
3.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Schmerztherapie</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
4.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Augenheilkunde</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		



**Befund unbedingt  
 beigelegt**

5.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Orthopädie</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
6.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Neurochirurgie</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
7.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Psychotherapie/Psychiatrie</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
8.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Radiologie</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
9.	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Sonstige</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
10	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Krankenhaus</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		
11	<b>Praxisname</b>		Ja <input type="checkbox"/>
	Fachrichtung	<b>Krankenhaus</b>	
	Behandelnder Arzt		
	Adresse		
	Tel.		
	Letzte Behandlung erfolgte am		



Seit welchem Lebensjahr leiden Sie an Kopfschmerzen?	Lebensjahr
An wie vielen Tagen hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Kopfschmerzen?	Tage
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen maximal in den letzten 4 Wochen? 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen durchschnittlich in den letzten 4 Wochen? 0 (schmerzfrei) bis 10 (maximal starker Schmerz)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen jemals in psychotherapeutischer Betreuung? (Ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Letztmalig im Jahr _____ Dauer _____	

**Leiden Sie an Schlafstörungen?**

Nein     Ja      Einschlafstörungen     Durchschlafstörungen  
 Schnarchen     Nächtliche Atempausen  
 Nachtschlafdauer: \_\_\_\_\_ Stunden

**Leiden Sie unter weiteren Erkrankungen?**

<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, Rheuma	<input type="checkbox"/> Keine Begleiterkrankungen
<input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma	<input type="checkbox"/> Muskelschmerz
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magengeschwür, Magenblutung
<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> chronische Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> Angststörung/Panikattacken	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Essstörung	<input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
_____	_____



Wurden wegen Ihrer Kopfschmerzen bereits (technische) Untersuchungen durchgeführt?			Befund beigefügt
A.	Computertomographie des Kopfes (CT) ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
B.	Kernspintomographie des Kopfes (MRT) ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
C.	Computertomographie des Halses (CT) ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
D.	Kernspintomographie des Halses (MRT) ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
E.	Röntgen der Nasennebenhöhlen ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
F.	Röntgen der Halswirbelsäule ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
G.	24-Std.Blutdruckmessung oder Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
H.	Ultraschall der Halsgefäße (Doppler) ,im Jahr:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
I.	Andere: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>

Haben Sie zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen weitere Therapien (Heilmittel) benutzt?	Anzahl der Behandlungen	Letzte Behandlung
Massagen, <b>Physiotherapie</b>		
Akupunktur		
Manuelle Therapie		
Andere:		

Nehmen Sie aktuell zur <b>Vorbeugung</b> Ihrer Kopfschmerzen <b>täglich</b> Medikamente ein (Prophylaxe)? Bitte ankreuzen		
Ich nehme zur Zeit <b>keine</b> vorbeugende Medikation	<input type="checkbox"/>	
Ich nehme zur Zeit folgende vorbeugende Medikation ein:	Dosis pro Tag	Einnahme seit
Medikament:		
Medikament:		
Medikament:		

Welche Medikamente nehmen Sie zur <b>Akutbehandlung</b> Ihrer Kopfschmerzen ein?	Anzahl der Tage an denen Sie das Medikament in den letzten 4 Wochen eingenommen haben
Schmerzmittel (z.B. Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen, ...)	Tage
Mischanalgetika (z.B. Thomapyrin, ...)	Tage
Triptane (z.B. Sumatriptan, Almogran, Frovatriptan...)	Tage
Opiate (Tramal, Tilidin...)	Tage
Andere:	Tage



Haben Sie <b>jemals</b> im Zusammenhang mit Ihrer Kopfschmerzbehandlung <b>vorbeugend</b> folgende Medikamente über <b>mindestens 4-8 Wochen</b> eingenommen?	Dosis /Tag	Keine Wirkung	Wurde nicht vertragen
Ich habe bisher noch <b>keine</b> vorbeugende Medikation eingenommen.		<input type="checkbox"/>	
Betablocker (Metoprolol, Bisoprolol, Propranolol),	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Topiramat	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valproinsäure (Valproat, Ergenyl),	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carbamazepin (Tegretal)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregabalin (Lyrica)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalziumantagonist (Flunarizin, Verapmil, Natil)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amitriptylin (Saroten, Equilibrin)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opipramol	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duloxetin	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venlafaxin (Trevilor)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citalopram (Cipramil)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithium (Hypnorex)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnesium	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pestwurz (Petadolex)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botulinumtoxininjektionen	Wie häufig? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie bei Rückfragen kontaktieren?

Ja, telefonisch – bitte um Angabe der Telefonnummer unter der Sie tagsüber (8:00 -17:00 Uhr) erreichbar sind.

Ja, per Mail  Nein

Die Rahmenbedingungen der Krankenkassen zur Kostenübernahme für eine stationäre multimodale Schmerztherapie sind sehr eng gefasst. Sollten wir aufgrund Ihrer Angaben auf diesem Fragebogen sowie der beigefügten Vorbefunde **keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme** treffen können, bieten wir Ihnen vorab ergänzend die Möglichkeit, im Rahmen eines ambulanten Vorstellungstermins in unserer Klinik über die Erreichung der Aufnahmekriterien für eine stationäre multimodale Schmerztherapie zu entscheiden.



Entsprechend abschließend folgende Frage:

Haben Sie die Möglichkeit, einen ambulanten Untersuchungstermin in unserer Klinik wahrnehmen zu können?

Ja

Nein

**Bitte nummerieren Sie die beigefügten Befunde gemäß o.g. Nummerierungsvorgabe.**

Bitte senden Sie alle Unterlagen

1. diesen **Ihrerseits** ausgefüllten Fragebogen
2. alle **Ihrerseits** beizufügenden nummerierten Befunde
3. den **Ihrerseits** ausgefüllten Fragebogen HIT 6
4. den **Ihrerseits** ausgefüllten Fragebogen DASS
  
5. den seitens Ihres **einweisenden Arztes** ausgefüllten Fragebogen
6. alle seitens Ihres **einweisenden Arztes** beizufügenden Befunde

gesammelt in einem Umschlag an die folgende Adresse:

**Migräne- und Kopfschmerzklinik  
Aufnahme  
Ölmühlweg 31  
61462 Königstein im Taunus**

Für Rückfragen stehen wir Ihnen sehr gerne unter der Rufnummer 06174-29040 zur Verfügung.

Nach Prüfung Ihrer Unterlagen werden wir uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrem Befinden**

*Bearbeitungshinweis:* Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
- 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
- 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
- 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3





Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**HIT-6™ Fragebogen zu Auswirkungen von Kopfschmerzen**

Dieser Fragebogen soll Ihnen dabei helfen, zu beschreiben und mitzuteilen wie Sie sich fühlen und was Sie wegen Kopfschmerzen nicht tun können.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft:

	(6) <b>Nie</b>	(8) <b>Selten</b>	(10) <b>Manchmal</b>	(11) <b>Sehr oft</b>	(13) <b>Immer</b>
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft beeinträchtigen Sie Kopfschmerzen im Alltag bzgl. Haushalt / Arbeit / Schule oder bei Kontakten / Aktivitäten mit anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für tägliche Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit / tägliche Aktivitäten zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung

Punktzahl: .....      .....      .....      .....      .....

Gesamtpunktzahl: .....