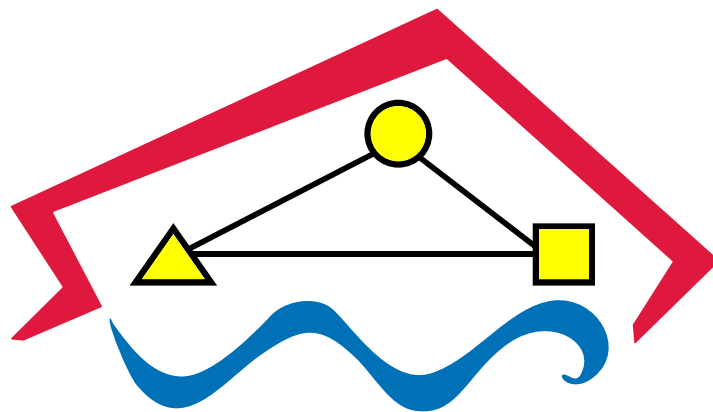


Überweisende Einrichtung: _____



Migränetzwerk MV

Überweisung von Patienten an Netzwerkzentren

Um Patienten möglichst effizient behandeln zu können, ist es notwendig, dass den Überweisungen folgende Unterlagen beigefügt sind:

- Vollständige Anamnese mit bisheriger Behandlung
- Patientenfragebogen, MIDAS
- Kopfschmerzkalender mit Medikamenteneinnahme über drei Monate (diverse Ausführungen als Papier oder in Apps)
- Medikamentenplan (ggf. inkl. Hormone)
- Bildgebungsbefund (nicht älter als zwei Jahre)
- Überweisungsschein

Überweisende Einrichtung: _____

Durchwahl: _____

Email des Überweisers: _____

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Fragestellung: _____

Dringlichkeit:

☐ Elektiv

☐ Dringlich: in ____ Wochen

Befunde:

☐ Befundbericht/Arztbrief

☐ Überweisungsschein

☐ Patientenfragebogen

☐ CD/Befund bildgebende Diagnostik
(nicht älter als 2 Jahre)

☐ Kopfschmerzkalender (3 Monate)

☐ Medikamentenplan (inkl. Hormone)

Name: _____ überwiesen durch: _____

Bitte legen Sie alle aktuellen Befunde bei:

- | | |
|---|--|
| ☐ Medikamentenplan | ☐ CD bildgebende Diagnostik |
| ☐ Befunde der Bildgebung | ☐ Kopfschmerzkalender |

Wie ist Ihr Familienstand?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ ledig | ☐ verheiratet/eingetragene Partnerschaft |
| ☐ geschieden | ☐ verwitwet |

Haben Sie Kinder?

- | | |
|-------------------------------|--|
| ☐ nein | ☐ ja, insgesamt ____ davon ____ im eigenen Haushalt |
|-------------------------------|--|

Wie ist Ihre Wohnsituation?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ☐ alleinlebend | ☐ Wohngemeinschaft | ☐ Partnerschaft |
| ☐ Familie | ☐ andere: _____ | |

Was ist Ihre aktuelle Beschäftigung? (Ausbildung, Studium, Beruf etc.)

- _____
- | | |
|--|-----------------------|
| ☐ Arbeitsunfähig seit wann: _____._____._____ | |
| ☐ Rentenantrag gestellt? | Wenn ja, warum? _____ |
| GdB: _____ | MdE: _____ |

Haben Sie Allergien? (vor allem gegen Medikamente)

- | | |
|-------------------------------|---|
| ☐ nein | ☐ ja, gegen: _____ |
|-------------------------------|---|

Welche Vorerkrankungen haben Sie, außer Kopfschmerzen?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Bluthochdruck | ☐ Blutfetterhöhung |
| ☐ Magen-Darm-Erkrankungen | ☐ Nierenerkrankung | |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Herzrhythmusstörungen | |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ andere Herzerkrankung: _____ | |
| ☐ Tumorerkrankung: _____ | | |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Epilepsie | |
| ☐ andere neurologische Erkrankung: _____ | | |
| ☐ Depression | ☐ Angststörung | |
| ☐ andere psychiatrische Erkrankung: _____ | | |

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell regelmäßig ein (außer Med. gegen Kopfschmerzen)?

Name	Dosis	früh	mittags	abends	nachts
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐

(alternativ Medikamentenplan beilegen)

Nehmen Sie Hormonpräparate ein?

- ☐ Nein ☐ Ja

Welche? _____

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja

Trinken Sie Alkohol?

- ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie Drogen?

- ☐ Nein ☐ Ja

Welche? _____

Wie lange haben Sie Ihre aktuellen Kopfschmerzen schon?

___ Jahre und ___ Monate

An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie Kopfschmerzen? (auch leichte Kopfschmerzen)

___ Tage

An wie vielen Tagen pro Monat nehmen Sie Schmerzmittel oder Triptane?

___ Tage

Gibt es in Ihrer Familie weitere Personen mit Kopfschmerzen? (Wer und Was?)

Wann wurde eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt? (Befunde und Bilder mitbringen)

☐ keine Bildgebung

Datum Computertomographie (CT) _____

Datum Magnetresonanztomographie (MRT) _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie von Kopfschmerzen ein?

(während einer Attacke)

Name	Dosis	Wirksamkeit			Verträglichkeit		
		gut	mäßig	schlecht	gut	mäßig	schlecht
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Welche Medikamente nehmen oder haben Sie zur Vorbeugung von Kopfschmerzen genommen?

Name	Dosis	Wirksamkeit			Verträglichkeit		
		gut	mäßig	schlecht	gut	mäßig	schlecht
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

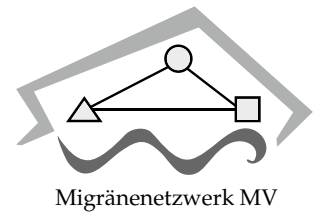
Haben Sie andere Behandlungen als Medikamente wegen der Kopfschmerzen erhalten?

	Wirksamkeit		
	gut	mäßig	schlecht
☐ Physiotherapie	☐	☐	☐
☐ Akupunktur	☐	☐	☐
☐ Entspannungsübungen	☐	☐	☐
☐ Psychotherapie	☐	☐	☐
☐ Andere: _____	☐	☐	☐

Bitte charakterisieren Sie Ihre Kopfschmerzen:

Welche Begleitsymptome treten mit oder vor den Kopfschmerzen auf?

Midas Fragebogen



Anleitung:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Schreiben Sie 0, wenn die Antwort negativ ist.

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit oder zur Schule gegangen?

___ Tage

2. An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage von Frage 1 NICHT dazu)

___ Tage

3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten?

___ Tage

4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage von Frage 3 NICHT dazu)

___ Tage

5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können?

___ Tage

Summe alle Tage aus Fragen 1 - 5: ___ Tage

- A An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Kopfschmerzen? (Zählen Sie jeden Tag, wenn die Schmerzen länger als einen Tag andauert haben)

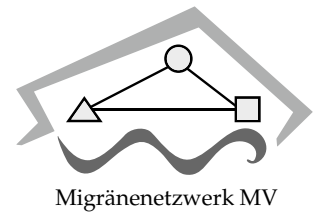
___ Tage

- B Wie stark waren diese Kopfschmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf eine Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen) an.

Intensität ___ (von 10 maximal)

Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1- 5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. (Die Fragen A und B bitte NICHT dazuzählen)

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.

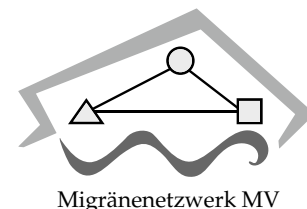
Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft:

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

Auswertung:

Gesamtpunktzahl: _____

Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

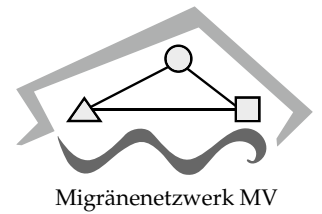


Bearbeitungshinweis:

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.

Aussage:	Traf gar nicht auf mich zu (0)	Traf bis zu einem gewissen Grad oder manchmal auf mich zu (1)	Traf in beträchtlichem Maße oder ziem- lich oft auf mich zu (2)	Traf sehr stark oder die meiste Zeit auf mich zu (3)
Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	☐	☐	☐	☐
Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	☐	☐	☐	☐
Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	☐	☐	☐	☐
Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermässig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	☐	☐	☐	☐
Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	☐	☐	☐	☐
Ich tendierte dazu, auf Situationen zu überreagieren.	☐	☐	☐	☐
Ich zitterte (z.B. an den Händen).	☐	☐	☐	☐
Ich fand alles anstrengend.	☐	☐	☐	☐
Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	☐	☐	☐	☐
Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	☐	☐	☐	☐

Depression Anxiety Stress Scale (DASS)



Aussage:	Traf gar nicht auf mich zu (0)	Traf bis zu einem gewissen Grad oder manchmal auf mich zu (1)	Traf in beträchtlichem Maße oder ziem- lich oft auf mich zu (2)	Traf sehr stark oder die meiste Zeit auf mich zu (3)
Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	☐	☐	☐	☐
Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich einer Panik nahe.	☐	☐	☐	☐
Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	☐	☐	☐	☐
Ich fand mich ziemlich empfindlich.	☐	☐	☐	☐
Ich habe meinen Herzschlag gefühlt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt habe. (Herzrasen oder Herzstolpern)	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	☐	☐	☐	☐
Ich empfand das Leben als sinnlos.	☐	☐	☐	☐

Auswertung:

Gesamtpunktzahl: _____