

Patientenfragenbogen - Kopf

Name:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie uns im Vorfeld des ärztlichen Gesprächs und der Untersuchung die folgenden Fragen.

Ich bin ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

nein ☐

ja ☐

Schmerzstärke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

seit wann sind die Kopfschmerzen vorhanden? _____

Ist bei Ihnen eine spezielle Kopfschmerzform z.B. Migräne oder Spannungskopfschmerz festgestellt worden? nein ☐

ja ☐ welche: _____

Wie häufig müssen wegen der Kopfschmerzen Schmerzmedikamente einnehmen?

nie ☐ 2-3mal/Woche nach Bedarf ☐ täglich bei Bedarf ☐ regelmäßig nach Plan ☐

Leiden Sie unter Übelkeit/Erbrechen? ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Schwindel? ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Ohrgeräuschen? ja ☐ nein ☐

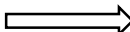
Sind Ihnen (oder anderen Personen) Konzentrationsstörungen aufgefallen? ja ☐ nein ☐

Sind Ihnen (oder anderen Personen) Gedächtnisstörungen aufgefallen? ja ☐ nein ☐

Sind Ihnen (oder anderen Personen) Probleme mit Ihrer Sprache aufgefallen? ja ☐ nein ☐

wenn ja: wie lässt sich die Sprachstörung beschreiben?

- ☐ nicht die richtigen Wörter finden
- ☐ die Worte nicht richtig aussprechen können
- ☐ undeutliche, verwaschene Sprache
- ☐ Verstehen von Wörtern eingeschränkt

bitte wenden 

Ist Ihnen ein Schwächegefühl oder eine Lähmung aufgefallen? ja ☐ nein ☐

wenn ja: Arm ☐ rechts ☐ links Bein ☐ rechts ☐ links

Sind Gefühlsstörungen im Gesicht oder am Körper aufgetreten? ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Geruchs- oder Geschmacksstörungen? ja ☐ nein ☐

Sind Ihnen Sehstörungen aufgefallen? ja ☐ nein ☐

wenn ja: Wie lassen sich die Sehstörungen beschreiben?

- ☐ Sehschärfe hat abgenommen
- ☐ Gesichtsfeld ist eingeschränkt
- ☐ Auftreten von Doppelbildern

Tragen Sie eine Brille? ja ☐ nein ☐

Gibt es eine aktuelle augenärztliche Untersuchung? ja ☐ nein ☐

Sind Sie schon einmal am Auge operiert worden? ja ☐ nein ☐

wenn ja: ☐ rechtes Auge ☐ linkes Auge

Ist bei Ihnen ein Krampfleiden bekannt? ja ☐ nein ☐

Haben Sie bereits einmal ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten? ja ☐ nein ☐

wenn ja: wann? _____

Sind Sie schon einmal am Kopf oder Gehirn operiert worden? ja ☐ nein ☐

wenn ja: wann? _____

was wurde gemacht? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!