

Fragenkatalog zu Migräne für die Arztpraxis



Besser leben. Jeden Tag.
Ein Patientenservice von Novartis.

Dieses Dokument dient der Vorbereitung auf Ihr Arztgespräch.

Nicht Teil eines Studienprogramms. Zum ausschließlichen Verbleib in der Patientenakte bestimmt.
Keine Rückgabe an Novartis möglich!

weiblich männlich divers

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

1. Wie viele prophylaktische Vortherapien haben Sie bereits ausprobiert?

keine 1 2 3 4 mehr als 4

2. Werden Sie aktuell mit einem dieser genannten Wirkstoffe therapiert?

β-Blocker: Metoprolol, Propanolol	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antikonvulsiva: Valproinsäure, Topiramal	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kalziumantagonist: Flunarizin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antidepressivum: Amitriptylin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
„Natürliche Prophylaxe“ : z. B. Magnesium, Pestwurz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Botulinumtoxin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

3. Wurden Sie in der Vergangenheit mit einem dieser genannten Wirkstoffe therapiert?

β-Blocker: Metoprolol, Propanolol	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antikonvulsiva: Valproinsäure, Topiramal	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kalziumantagonist: Flunarizin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antidepressivum: Amitriptylin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
„Natürliche Prophylaxe“ : z. B. Magnesium, Pestwurz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Botulinumtoxin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

4. Wie kamen Sie mit Ihrer vergangenen Medikation zur Migräneprophylaxe zurecht? (1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

Wirksamkeit:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10
Verträglichkeit:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10
Lebensqualität:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10

5. Wie kommen Sie mit Ihrer momentanen Medikation zur Migräneprophylaxe zurecht? (1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

Wirksamkeit:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10
Verträglichkeit:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10
Lebensqualität:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10

Falls Ihnen im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln bekannt werden, so melden Sie diese bitte entsprechend § 6 der ärztlichen Berufsordnung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Vorkommissionen, die bei Verwendung von Medizinprodukten aufgetreten sind, an die zuständige Behörde.

Kopfschmerz- kalender

Bitte vermerken Sie Ihre Akutmedikamente, die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:

A _____
 B _____
 C _____

Schmerzstärke: 0 – 10 Punkte
 (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

- Vorboten**
- F Flimmernsehen
 - G Gefühlsstörung (Kribbeln, Pelzigkeit)
 - S Sprachstörung
 - O Anderes Symptom

Dauer der Schmerzen:
 Geben Sie die Dauer in Stunden an

- Auslöser für Ihren Schmerz**
- 1 Aufregung/Stress
 - 2 Erholungsphase
 - 3 Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
 - 4 Menstruation
 - 5 Ihre persönlichen Auslöser

- Andere Begleitsymptome**
- T Augentränen
 - R Augenrötung
 - N Nasenlaufen/-verstopfung



Besser leben. Jeden Tag.
 Ein Patientenservice von Novartis.

SCHMERZART UND ORT

BEGLEITSYMPTOME

HAT IHNEN DAS MITTEL GEHOLFEN?

Monat _____

Tag	Auslöser	Stärke	Dauer (h)	Pulsierend/ stechend	Dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Vor- boten	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Geruchs- empfindlich	Andere Symptome	Akut- medikament	HAT IHNEN DAS MITTEL GEHOLFEN?			Tag
																Anzahl der Tabletten o. ä.	Ja	Nein	
1																			1
2																			2
3																			3
4																			4
5																			5
6																			6
7																			7
8																			8
9																			9
10																			10
11																			11
12																			12
13																			13
14																			14
15																			15
16																			16
17																			17
18																			18
19																			19
20																			20
21																			21
22																			22
23																			23
24																			24
25																			25
26																			26
27																			27
28																			28
29																			29
30																			30
31																			31