Neurozentrum Bielefeld

Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Ambulant-spezialfachärztliches Versorgungszentrum für Multiple Sklerose
Zentrum für Klinische Studien

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Datum des Tages mit Kopfschmerzen																				
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																			