

Hovedpine spørgeskema

Navn: _____

Cpr: _____

Telefon: _____

Hvilken type hovedpine har du:

- Spændingshovedpine Whiplash Hovedpine efter hjernerystelse
 Migræne Horton / klyngehovedpine Andet

Smerten:



Kronisk (hele tiden) Ja Nej Hvis Ja – angiv smerteniveau: _____

Varierende i styrke Ja Nej Fra styrke: _____ Til styrke: _____

Kommer smerten i anfald? Ja Nej Hvis Ja – angiv smerteniveau: _____

Hvor længe varer anfaldet? _____

Hvor hyppigt kommer anfaldene? _____

Er der noget, som kan provokere et anfald? _____

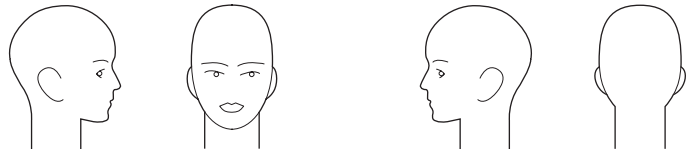
Når du har hovedpine, har du følgende:

- Kvalme Lydfølsomhed Forudgående aura
 Opkast Lysfølsomhed Andet

Hvordan er smerten?

- Trykkende Skarp Lynende
 Dunkende Murrrende Andet

Beskriv / tegn hvor smerten sidder i hovedet?



Har du nakkesmerter? Ja Nej

Har følgende indflydelse på din hovedpine?

- Stilling Bevægelse Andet

Hvor mange sygedage har du pr måned – cirka? _____

Evt dine egne kommentarer: _____

Medicin:

Angiv hvad du tager, hvor meget og hvor ofte: _____

Tidligere:

Har du haft kolik som barn? Ja Nej Ved ikke

Har du været ude for en ulykke / fald / stød eller lign? Beskriv og angiv hvornår: _____

Har du tidligere fået behandling for din hovedpine: _____

Angiv behandlingsart og evt effekt: _____

Har du eller har du haft problemer med mave- eller tarmsystemet? Ja Nej Hvis ja – beskriv hvilket problem og hvornår: _____

Angiv andre sygdomme eller smerter: _____