

# Hoofdpijn vragenlijst

Datum

client nr

Naam: ..... M / V

Adres: .....

Postcode & woonplaats ..... Geboortedatum: .....

## Hoe bent U bij u bij ons terecht gekomen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Via de huisarts           | <input type="checkbox"/> Via de apotheek               |
| <input type="checkbox"/> Via de neuroloog          | <input type="checkbox"/> Via een patiënten bijeenkomst |
| <input type="checkbox"/> Via een andere specialist | <input type="checkbox"/> Via de fysiotherapeut         |
| <input type="checkbox"/> Via een bekende           | <input type="checkbox"/> Via de patiënten vereniging   |
| <input type="checkbox"/> Via het internet          | <input type="checkbox"/> Via de advertentie in.....    |

## Waar bent u al met uw hoofdpijnklachten geweest ? ( meerdere antwoorden mogelijk )

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Huisarts       | <input type="checkbox"/> Tandarts              |
| <input type="checkbox"/> Neuroloog      | <input type="checkbox"/> Yoga                  |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Acupunctuur           |
| <input type="checkbox"/> Chiropractor   | <input type="checkbox"/> Psycholoog            |
| <input type="checkbox"/> KNO-arts       | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk..... |

## Indien u niet bij de huisarts of specialist voor uw hoofdpijn geweest bent, heeft u:

- 0 begin van hoofdpijn na uw 50<sup>e</sup> jaar?
- 0 heeft u hoofdpijn achter het oog, misselijkheid, braken, blinde vlekken, dubbelzien, wazig zien?
- 0 heeft u een toegenomen frequentie en/of intensiteit van uw hoofdpijn?
- 0 heeft u uitvalsverschijnselen en / of andere aandoeningen van uw zenuwen?
- 0 heeft u veranderingen in uw mentale gesteldheid: geheugenstoornissen, verward zijn, bewustzijnsdaling – “er niet zijn” slaperigheid, en een verhoogd prikkelbaar zijn?
- 0 heeft u hoofdpijn na een recent trauma?
- 0 heeft u hoofdpijn in samenhang met een andere aandoening?
- 0 heeft u recent, onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg/maand)?
- 0 heeft u een plotseling begin van uw hoofdpijn?
- 0 heeft u constante pijn die niet afneemt in rust of bij veranderingen van positie?
- 0 heeft u kanker in de voorgeschiedenis?
- 0 heeft u last van een algemeen onwel bevinden?
- 0 heeft u last van nachtelijke pijnen?

1. wat wilt u bij ons bereiken?.....

## 2. Komt uw hoofdpijn in aanvallen OF ANDERS ?

- Ja **Hoe lang** duurt de hoofdpijnaanval gemiddeld?
- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0- 4 uur | <input type="checkbox"/> 72 uur – 7 dagen   |
| <input type="checkbox"/> 4-72 uur | <input type="checkbox"/> langer dan 7 dagen |

### Hoe vaak heeft u dan een hoofdpijnaanval ?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> < 1 keer per jaar   | <input type="checkbox"/> 1 - 4 keer per jaar        | <input type="checkbox"/> 5 - 11 keer per jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 keer per maand    | <input type="checkbox"/> 2 - 4 keer per maand       |   |
| <input type="checkbox"/> 1 - 2 keer per week | <input type="checkbox"/> 3 - 5 keer per week        |   |
| <input type="checkbox"/> dagelijks           | <input type="checkbox"/> meerdere aanvallen per dag |   |

aanwezig sinds.....= .....jaar

- ANDERS:**  
.....  
.....





# Hoofdpijn vragenlijst

Datum

client nr

24. Zijn er andere aandoeningen bij u aanwezig?

.....  
 .....  
 .....

25. Bent u daarvoor onderbehandeling of onder behandeling geweest, wie, waar?

.....  
 .....

26. Krijgt u daar medicatie voor?

.....  
 .....

27. Welke therapie heeft u daarvoor of heeft u gehad – wat was het effect?

.....  
 .....

28. Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn?

- |                             |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | ⇒ | <input type="checkbox"/> < 1 per maand     | <input type="checkbox"/> 1 – 3 per maand |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 1 – 2 per week    | <input type="checkbox"/> 3 – 5 per week  |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 1 per dag         | <input type="checkbox"/> 1 – 2 per dag   |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 3 of meer per dag | <input type="checkbox"/> per aanval      |
- Nee

29. Welke pijnstillers gebruikt u momenteel tegen uw hoofdpijn?

.....  
 .....

30. Welke pijnstillers heeft u in het verleden gebruikt tegen uw hoofdpijn en om welke reden bent u hiermee gestopt?

**Pijnstillers**

**Reden stoppen**

.....	.....
.....	.....
.....	.....

31. Bent u zwanger?

- Ja,  Nee  Nee, maar er is wel een zwangerschapswens  
 Niet van toepassing

32. Rookt u?

- Ja Hoeveel per dag? .....Invloed.....  
 Nee, maar ik heb wel gerookt  
 Nee

33. Drinkt u dagelijks alcohol?

- Ja Hoeveel glazen? .....  Nee

34. Drinkt u koffie / thee / cola?

- Ja Hoeveel per dag? ..... weekend onthoudingsverschijnselen?.....

migraine	Cluster hfdpijn	Spannings hfdpijn
4 dkl distress= depressie = angst = somatiseren =	HDI Em. sco. = Fun. sco.= Tot. sco.=	PCCL Catas.= = Pijncop= = Int.p beh= =
Trapezius descendens ascendens	Sternocleido Pars Sternalis Pars clavicularis	Temporalis Voor midden Mid/achter achter
Orbicularis oculi Pars orbitalis	Zygomatiscus major	Occipitofrontalis venter frontalis Venter occipitalis
Masseter	Semispinalis cervicis	multifides
Semispinalis capitis	Suboccipitaal spieren	