Universität Ulm
Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum Ulm
Institut für Humangenetik

Prof. Dr. med. Christian Kubisch
Ärztlicher Direktor

Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm, Germany

Tel: +49 731 500-65400
Fax: +49 731 500-65402
christian.kubisch@uni-ulm.de

Universitätsklinikum Ulm | Institut für Humangenetik | 89081 Ulm | Germany

PATIENTENINFORMATION

Titel der Studie: **Genetische Studie bei primären Kopfschmerzerkrankungen**

Sehr geehrter Patient/in,

sowohl die Migräne als auch seltene Kopfschmerzerkrankungen, wie Clusterkopfschmerzen, Hemicrania continua, chronisch paroxysmale Hemikrania und SUNCT (short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing) sind für die Betroffenen sehr stark beeinträchtigende Erkrankungen, über deren genaue Ursachen leider noch sehr wenig bekannt ist. Aus großen epidemiologischen Untersuchungen weiß man jedoch, dass erbliche Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung dieser Kopfschmerzerkrankungen haben können. Wie diese genetischen Faktoren im Detail aussehen, konnte allerdings bislang noch nicht vollständig aufgeklärt werden.

Die zukünftige Identifizierung von solchen genetischen Faktoren soll ihre Anwendung in neuen molekulargenetischen Tests für Risikovorhersage, Entwicklung neuer therapeutischer Strategien und neue Einblicke in die Pathogenese der Migräne und seltener Kopfschmerzerkrankungen finden.

Wir möchten in dieser Studie, welche gemeinsam von der Schmerzklinik in Kiel und dem Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Ulm durchgeführt wird, herausfinden, welche erbliche Faktoren bei der Entstehung der Migräne und seltener Kopfschmerzerkrankungen eine Rolle spielen. Wir möchten Sie bitten, uns bei dieser Arbeit zu unterstützen. Sie werden deshalb zu Ihrer Erkrankung und weiteren Familienbefunden befragt, d. h. insbesondere soll herausgefunden werden, ob weitere Familienangehörige von Ihnen an Migräne bzw. einer seltenen Kopfschmerzerkrankung leiden oder gelitten haben.

Im Rahmen dieser Studie sollen erbliche Faktoren, die an der Entstehung der Migräne bzw. seltener Kopfschmerzerkrankungen ursächlich beteiligt sind, identifiziert werden. Dazu werden wir nach den Unterschieden in der menschlichen Erbsubstanz suchen, die signifikant häufiger oder ausschließlich bei Patienten mit der Erkrankung vorkommen (nicht jedoch oder signifikant seltener bei diesbezüglich gesunden Kontrollpersonen). Eine solche genetische Analyse lässt sich an Zellen aus dem Blut durchführen. Wir wurden dafür einmalig eine geringe Menge (bis zu 30 ml) venösen Blutes benötigen, wie sie auch der Hausarzt bei Routineuntersuchungen entnimmt. Aus den weißen Blutzellen würden wir dann die Erbsubstanz (DNS oder auch DNA genannt) isolieren, um die notwendigen Untersuchungen durchführen zu können. Die Probe wird dabei kodiert, so dass nur der behandelnde Arzt und die Studienleitung Ihre Identität nachvollziehen können. Die genetischen Analysen beinhalten verschiedene Untersuchungstechniken (Kopplungsuntersuchungen,

Assoziationsstudien, Sequenzierungen) mit denen entweder gezielt einzelne Erbanlagen oder systematisch große Bereiche (z. B. so genanntes „Exom“) oder die gesamte Erbsubstanz (so genanntes „Genom“) im Rahmen der Studie untersucht werden. Eventuell identifizierte Genveränderungen, die wahrscheinlich nicht mit der Entstehung von Migräne bzw. einer seltenen Kopfschmerzerkrankung in Verbindung stehen, werden nicht weiter nachverfolgt und Ihnen nicht mitgeteilt.

Es ist sichergestellt, dass keine persönlichen Daten von Ihnen weitergegeben werden. Sollte es aus wissenschaftlichen Gründen sinnvoll sein, Ihre DNA an einen Kooperationspartner weiterzugeben, wird dies anonym geschehen. Blutproben sowie daraus gewonnene DNA werden am Institut für Humangenetik des Uniklinikums Ulm gelagert. Da es sich um ein Forschungsprojekt aus dem Bereich der genetischen Grundlagenforschung handelt, hat das Ergebnis keine direkte Bedeutung für Sie im Hinblick auf Ihre Erkrankung und die Therapie. Selbstverständlich informieren wir Sie gern ausführlicher über die Studie und unsere Ergebnisse, wenn sie dies wünschen.

FREIWILLIGKEIT:
An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden sämtliche Proben und Daten vernichtet. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Betreuung.

ERREICHBARKEIT DES PRÜFARZTES:

Sollten zusätzliche Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende(n) Ansprechpartner - Dr. med. Guntram Borck - unter der Telefonnummer 0731 500 65456 erreichen.

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden, Ihre Identität und Teilnahme an der Studie ist somit nicht öffentlich ersichtlich.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (Prof. Kubisch, Dr. Borck, Dr. Rathert) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Krankenakte nehmen. Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der oben genannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Datum	Name des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Universität Ulm
Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum Ulm
Institut für Humangenetik

Prof. Dr. med. Christian Kubisch
Ärztlicher Direktor

Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm, Germany

Tel: +49 731 500-65400
Fax: +49 731 500-58002
christian.kubisch@uni-ulm.de

Universitätsklinikum Ulm | Institut für Humangenetik | 89081 Ulm | Germany

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Titel der Studie: **Genetische Studie bei primären Kopfschmerzerkrankungen**

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir _____ ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Patienten)

....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z. B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Patienten)

....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

Neurologisch-verhaltensmedizinische
SCHMERZKLINIK KIEL

Genetische Studien bei seltenen Kopfschmerzerkrankungen Familien-und Personen-ID:

PERSONENBOGEN ☐☐☐☐☐-☐☐☐

Ethnische Herkunft:

		Land	ggf. spezifische Gruppe
mütterliche Linie:	Großvater	_____	_____
	Großmutter	_____	_____
väterliche Linie:	Großvater	_____	_____
	Großmutter	_____	_____

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsmonat ☐☐
Geburtsjahr ☐☐☐☐
Datum der Blutentnahme: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Sind Sie ein Zwilling? ☐ ja ☐ nein **Personen-ID des Zwillings** -☐☐☐

falls ja: handelt es sich um ☐ eineiige Zwillinge ☐ zweieiige Zwillinge ☐ unbekannt

Leiden Sie an einer Kopfschmerzerkrankung? ☐ ja ☐ nein

Diagnose* ☐☐

Diagnostischer Status *(bitte nur ein Kästchen ankreuzen)*

☐ Diagnostik ist erfolgt
☐ Fremdanamnestische Information
☐ Keine diagnostischen oder fremdanamnestischen Informationen

---

Datum: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Bogen ausgefüllt durch: Patient/in, sowie A. Göbel
(Name in Druckbuchstaben)

---

* Diagnose:		
	A1= Migräne mit typischer Aura	A5= Aura ohne Kopfschmerz
	A2= Migräne mit prolongierter Aura	A6= Plötzlicher Aurabeginn
	A3= Familiäre hemiplegische Migräne	B = Migräne ohne Aura
	A4= Basiliarismigräne	K = keine Migräne
	C1= Episodischer Clusterkopfschmerz	**C2= Chronischer Clusterkopfschmerz**
	D1= Episodische paroxysmale Hemikranie	D2 = Chronische paroxysmale Hemikranie
	E= SUNCT	F = Hemicrania continua
	G= Neu aufgetretener täglicher Kopfschmerz	

2. Kernfamilie:

Vater: _____ _____
Name Vorname

☐☐☐ ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ erkrankt ☐ gesund
Personen-ID Geburtsdatum

Mutter: _____ _____
Name Vorname

☐☐☐ ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ erkrankt ☐ gesund
Personen-ID Geburtsdatum

1. Geschwister: _____ _____
Name Vorname

☐☐☐ ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ männlich ☐ weiblich
Personen-ID Geburtsdatum ☐ erkrankt ☐ gesund

2. Geschwister: _____ _____
Name Vorname

☐☐☐ ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ männlich ☐ weiblich
Personen-ID Geburtsdatum ☐ erkrankt ☐ gesund

3. Geschwister: _____ _____
Name Vorname

☐☐☐ ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ männlich ☐ weiblich
Personen-ID Geburtsdatum ☐ erkrankt ☐ gesund

4. Geschwister: _____ _____
Name Vorname

☐☐☐ ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ männlich ☐ weiblich
Personen-ID Geburtsdatum ☐ erkrankt ☐ gesund

2. Weitere Familienangehörige (bitte Verwandtschaftsbeziehung eintragen):

Verwandtschaftsgrad _____ Name _____ Vorname _____

☐☐☐ Personen-ID ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ erkrankt ☐ gesund

Verwandtschaftsgrad _____ Name _____ Vorname _____

☐☐☐ Personen-ID ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ erkrankt ☐ gesund

Verwandtschaftsgrad _____ Name _____ Vorname _____

☐☐☐ Personen-ID ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ erkrankt ☐ gesund

Verwandtschaftsgrad _____ Name _____ Vorname _____

☐☐☐ Personen-ID ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ erkrankt ☐ gesund

Verwandtschaftsgrad _____ Name _____ Vorname _____

☐☐☐ Personen-ID ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ erkrankt ☐ gesund

Verwandtschaftsgrad _____ Name _____ Vorname _____

☐☐☐ Personen-ID ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ erkrankt ☐ gesund

Datum:
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Diagnose:
- ☐ Episodischer Clusterkopfschmerz (C1)
- ☐ Chronischer Clusterkopfschmerz (C2)
- ☐ Episodische paroxysmale Hemikranie (D1)
- ☐ Chronische paroxysmale Hemikranie (D2)
- ☐ SUNCT-Syndrom (E)
- ☐ Hemicrania continua (F)
- ☐ Neu aufgetretener täglicher Kopfschmerz (G)

Andere neurologische/internistische Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Untersuchungsergebnisse

1.	**Neurologische Untersuchung**	☐ regelrecht	☐ auffällig	☐ nie durchgeführt
2.	**EEG**	☐ regelrecht	☐ auffällig	☐ nie durchgeführt
3.	**CCT**	☐ regelrecht	☐ auffällig	☐ nie durchgeführt
4.	**MRT**	☐ regelrecht	☐ auffällig	☐ nie durchgeführt

Beschreibung auffälliger Untersuchungsergebnisse:

_____

_____

Kopfschmerzphase (1)

Alter bei Auftreten der ersten Kopfschmerzattacke ☐☐ Jahre

Durchschnittliche Attackendauer
☐ bis 4 min ☐ 2 bis 30 min ☐ 15 bis 180 min ☐ keine Zeitangabe möglich

Durchschnittliche Häufigkeit der Attacken pro Tag
☐ jeden 2. Tag ☐ bis 12 ☐ bis 24 ☐ bis 36 ☐ bis 200

Durchschnittliche Häufigkeit der Attackenperioden pro Jahr
☐ bis 6 ☐ bis 12 ☐ bis 24 ☐ bis 36 ☐ bis 48 ☐ über 48

Schmerzfreie Intervalle/Remissionsphasen
☐ ab 30 Tage ☐ unter 30 Tage ☐ keine

Kopfschmerzlokalisation
☐ einseitig ☐ beidseitig ☐ ein- oder beidseitig
bei einseitiger Lokalisation:
☐ links ☐ rechts ☐ links oder rechts

☐ orbital ☐ supraorbital ☐ temporal ☐ andere Lokalisation

Kopfschmerzcharakter
☐ pochend-hämmernd ☐ stechend-pulsierend ☐ dumpf-drückend
☐ anders:_____

Durchschnittliche Kopfschmerzintensität
☐ sehr stark ☐ stark ☐ mittel ☐ schwach

Beeinträchtigung
Verstärkung bei körperlicher Aktivität? ☐ ja ☐ nein

Kopfschmerzphase (2)

Begleiterscheinungen

☐ Augenrötung auf der Schmerzseite (ipsilaterale konjunktivale Injektion) und/oder
☐ Augentränen (Lakrimation)

☐ Nasenverstopfung auf der Schmerzseite (ipsilaterale nasale Kongestion) und/oder
☐ Nasenlaufen (Rhinorrhoe)

☐ Lidschwellung auf der Schemrzseite (ipsilaterales Lidödem)
☐ Schweißbildung auf der Schmerseite (ipsilaterales Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichtes)

☐ Pupillenverengung auf der Schmerzseite (ipsilaterale Miosis) und/oder
☐ Hängen des Augenlids (Ptosis)

☐ körperliche Unruhe/Umherlaufen (Agitiertheit)
☐ Übelkeit
☐ Erbrechen
☐ Lichtempfindlichkeit (Photophobie)
☐ Lärmempfindlichkeit (Phonophobie)
☐ andere:_____
☐ keine

Auslöser

☐ Stress
☐ Alkoholgenuss
☐ Nikotingenuss
☐ Histamin
☐ Nitroglyzerin
☐ Wetterwechsel/Jahreszeiten
☐ veränderte Lebensgewohnheiten
☐ Weitere/ andere Auslöser: _____

_____

☐ keine Auslöser beobachtet

Kopfschmerzbehandlung

Akutbehandlung

Indometacin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
100%iger Sauerstoff	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Sumatriptan	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Zolmitriptan	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Naratriptan	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Ergotamintartrat	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Dihydroergotamin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Lidocain/Cocain	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Prednisolon	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Dimenhydrinat	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Diphenhydramin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
ASS	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Paracetamol	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Ibuprofen	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Naproxen	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Metamizol	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Thomapyrin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Rizatriptan	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Almotriptan	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Eletriptan	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
_____	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
_____	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit

Prophylaxe

Verapamil	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Ergotamin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Lithium	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Methysergid	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Kortikosteroide	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Valproinat	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Pizotifen	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Capsaicin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Topiramat	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Gabapentin	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
_____	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit

SCHMERZKLINIK KIEL

Nichtmedikamentöse Therapie

Veränderung der Lebensgewohnheiten	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Entspannungstechniken	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Akupunktur	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Stressbewältigung	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Biofeedback	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Massagen	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Manualtherapie	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
Andere	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit
_____	☐ wirkt	☐ wirkt nicht	☐ Unverträglichkeit

Universität Ulm
Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum Ulm | Institut für Humangenetik | 89081 Ulm | Germany

Universitätsklinikum Ulm
Institut für Humangenetik

Prof. Dr. med. Christian Kubisch
Ärztlicher Direktor

Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm, Germany

Tel: +49 731 500-65400
Fax: +49 731 500-65402
christian.kubisch@uni-ulm.de

ÜBEREIGNUNGSVERTRAG

Zwischen der **Universität Ulm**, handelnd für das Institut für Humangenetik

vertreten durch Herrn Prof. Dr. med. Christian Kubisch

und .....

wird folgendes vereinbart:

1. Frau/Herr

   wird der Universität Ulm das Eigentum an folgendem Körpermaterial unentgeltlich übertragen: **EDTA-Blut 30ml/10ml**

2. Die Universität wird das Körpermaterial zu wissenschaftlichen Zwecken, insbesondere im Rahmen der genetischen Studien bei Migräne bzw. seltenen Kopfschmerzerkrankungen, verwenden.

Eine kommerzielle Verwendung ist ausgeschlossen. Die Anonymität des Spenders bleibt gewahrt.

Ulm, den

Unterschrift des Arztes Unterschrift Patient

Mit der edv-mäßigen Speicherung und Verarbeitung der bei mir im Rahmen des oben genannten Vertrages erhobenen Daten bin ich einverstanden.

Ulm, den Unterschrift Patient

Prof. Dr.med. Dipl. Psych. Hartmut Göbel

Facharzt für Neurologie
Spezielle Schmerztherapie
Psychotherapie
Diplom-Psychologe (Univ.)

Heikendorfer Weg 9-27
D-24149 Kiel

Telefon 0431-20099-65
Telefax 0431-20099-35

hg@schmerzklinik.de
www.schmerzklinik.de

KV-Nr. 0138352

Prof. Dr. H. Göbel - Heikendorfer Weg 9-27 - D-24149 Kiel

Information für
die behandelnde Ärztin/
den behandelnden Arzt

Bearbeiter(in)	Tel.-Durchwahl	Fax.-Durchwahl	E-mail	Kiel, am
Prof. Dr. Göbel	0431-20099-150	0431-20099-159	hg@schmerzklinik.de	30.08.2012

Molekulargenetische Studie zur Entstehung von Clusterkopfschmerzen:
Schmerzklinik Kiel und Institut für Humangenetik der Universitätsklinik Ulm bitten um Ihre Mithilfe

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

die trigemino-autonomen Kopfschmerzen sind durch sehr starke und unerträgliche Kopfschmerzen charakterisiert, begleitet durch Symptome des autonomen Nervensystems im Kopfbereich wie konjunktivale Injektion, Lakrimation, nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe, vermehrtes Schwitzen im Bereich von Stirn und Gesicht, Miosis, Ptosis, Lidödem und Hautveränderungen. Die Betroffenen sind während der Attacke meistens unruhig und motorisch agitiert.

Welche molekulargenetischen Faktoren bei der Entstehung von Clusterkopfschmerzen und anderen seltenen primären Kopfschmerzerkrankungen eine Rolle spielen, möchten wir, d. h. Wissenschaftler der Schmerzklinik Kiel und des Instituts für Humangenetik der Universitätsklinik Ulm, jetzt untersuchen. Dazu suchen wir Patienten, die an Clusterkopfschmerzen und anderen seltenen primären Kopfschmerzerkrankungen, wie Hemicrania continua, chronisch paroxysmale Hemikranie und SUNCT u.a. erkrankt sind.

Epidemiologische Daten bei Clusterkopfschmerzen weisen ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung bei erstgradig Verwandten auf. Auch bei den sehr seltenen primären Kopfschmerzerkrankungen wird von familiären Fällen berichtet. Anders als z. B. bei der Mukoviszidose oder der Chorea Huntington, bei denen jeweils ein einzelnes Gen verändert ist, sind bei der Entstehung von primären Kopfschmerzerkrankungen mehrere Erbanlagen beteiligt. Dieser Grund erschwert es erheblich, die ursächlichen Genveränderungen zu identifizieren.

Um relevante Regionen im Erbgut aufzuspüren, sind wir daher auf die Mithilfe möglichst vieler Patienten angewiesen. Die Mediziner und Wissenschaftler der Schmerzklinik Kiel und des Instituts für Humangenetik der Universitätsklinik Ulm wollen mehrere hundert Patienten untersuchen, die an Clusterkopfschmerzen und anderen seltenen primären Kopfschmerzerkrankungen leiden.

Unser Ziel ist es, mittels genetischer Analysen die molekularen Entstehungsmechanismen der seltenen primären Kopfschmerzerkrankungen möglichst umfassend zu untersuchen. Die Probanden müssen lediglich zu einer Blutentnahme bereit sein und einen Fragebogen zum Krankheitsverlauf beantworten.

Sind die beteiligten Gene erst einmal identifiziert, so unser Ziel, lassen sich langfristig vielleicht neue und wirksamere Therapien entwickeln, mit denen die quälenden Symptome besser zu behandeln sind.

Die Patientinnen und Patienten können die Studienunterlagen im Internet auf unserer Homepage www.schmerzklinik.de herunterladen. Dort finden Sie auch weitere Informationen.

Neben den Informationen der standardisierten Fragebögen benötigen wir ein Röhrchen mit EDTA-Blut (rote Monovette). Damit die Patienten nicht ins Studienzentrum fahren müssen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie freundlicherweise dieses Projekt dadurch unterstützen würden, indem Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patient das Blut abnehmen und die Monovette aushändigen könnten.

Die Teilnehmer können die Monovette dann direkt an das Institut für Humangenetik der Universitätsklinik Ulm einsenden.

Wenn Fragen bestehen, können Sie sich direkt mit Frau Dr. med. Unda Rathert, Institut für Humangenetik der Universitätsklinik Ulm, in Verbindung setzen. Telefonisch in der Zeit von 9:30 Uhr bis 13:30 Uhr: 069 90557719, per Fax: 069 95909304,
per E-Mail: unda.rathert@uni-ulm.de

Für Ihre freundliche Mitwirkung und Hilfe möchte ich Ihnen seitens der betroffenen Patientinnen und Patienten und dem wissenschaftlichen Team herzlich danken.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. med. Hartmut Göbel

Familien- und Personen-ID:

□ □ □ □ □ - □ □ □

SCHMERZKLINIK KIEL

Klinik für neurologisch-
verhaltensmedizinische
Schmerztherapie

KIELER SCHMERZFRAGEBOGEN

Prof. Dr. Hartmut Göbel

Ärztlicher Direktor
Facharzt für Neurologie
Spezielle Schmerztherapie
Psychotherapie
Diplom-Psychologe (Univ.)

Heikendorfer Weg 9-27
D-24149 Kiel

Tel. 0431-20099-150
Fax 0431-20099-159

E-mail: hg@schmerzklinik.de
Internet: www.schmerzklinik.de

Anmeldungen

Sprechstunde Prof. H. Göbel
Tel. 0431-20099-150
Fax 0431-20099-159
E-mail: fromm@schmerzklinik.de

Integrierte Versorgung
Tel. 0431-20099-0
Fax 0431-20099-129
E-mail: iv-netz@schmerzklinik.de

Stationäre Aufnahme
Tel. 0431-20099-120
Fax 0431-20099-129
E-mail: aufnahme@schmerzklinik.de

Prä- und poststationäre Behandlung
Ltd. Oberarzt Dr. A. Heinze
Tel. 0431-20099-400
Fax 0431-20099-409
E-mail: heinze@schmerzklinik.de

Stationen
Tel. 0431-20099-180
Fax 0431-20099-189

Download Aufnahmecheckliste
www.schmerzklinik.de

Behandlungsschwerpunkte

Migräne und
Kopfschmerzerkrankungen

Schmerzen bei Erkrankungen der
Muskulatur und des
Bewegungsapparates

Neurogene Schmerzen bei
Erkrankungen des peripheren
und zentralen Nervensystems

Schmerzen bei Unfallschäden

Verhaltensmedizin

Verwaltung

Schmerzklinik Kiel GmbH & Co KG
Heikendorfer Weg 9-27 · D-24149 Kiel
E-mail: kiel@schmerzklinik.de
AG Kiel HRB 4686

Komplementärin:
Schmerzklinik Kiel Verwaltungs-GmbH
AG Kiel HRA 3758
Geschäftsführer:
Prof. Dr. Hartmut Göbel

Bankverbindung: Apobank Kiel
Konto-Nr. 000 643 4665
BLZ: 210 906 19

IK 260 101 923

LIEBE PATIENTIN,
LIEBER PATIENT,

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Fragen finden. Diese sind zur Ursachenerkennung und zur Auswahl der Behandlung Ihrer Schmerzproblematik von besonderer Wichtigkeit. Bitte versuchen Sie, alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße.....

Wohnort.....

Telefonnummer.....

Telefaxnummer.....

E-mail.....

Krankenkasse.....

Beihilfe.....

Beruf mit genauer Angabe der ausgeübten Tätigkeit

.....

.....

.....

Heutiges Datum.....

Name und Adresse des überweisenden Arztes

.....

.....

.....

.....

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐

A. Allgemeine Fragen:

1. Familienstand:

☐ ledig
☐ verheiratet, in ..... Ehe
☐ geschieden, ... mal
☐ verwitwet

Anzahl der Kinder: .....

2. Grad der familiären Belastung:

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie sich durch Ihre familiäre Situation belastet fühlen.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
gar nicht	sehr schwach	schwach	mittlerer Bereich	stark	sehr stark

3. Sind Sie zum ersten Mal hier?

☐ Ja
☐ nein, zum mal

4. Welchen Schulabschluss haben Sie?

☐ Keinen
☐ Hauptschule
☐ mittlere Reife
☐ Abitur / Fachhochschulreife
☐ Universität / Hochschule / Fachhochschule

5. Grad der beruflichen und finanziellen Belastung:

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie sich subjektiv durch Ihre berufliche oder finanzielle Situation belastet fühlen.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
gar nicht	sehr schwach	schwach	mittlerer Bereich	stark	sehr stark

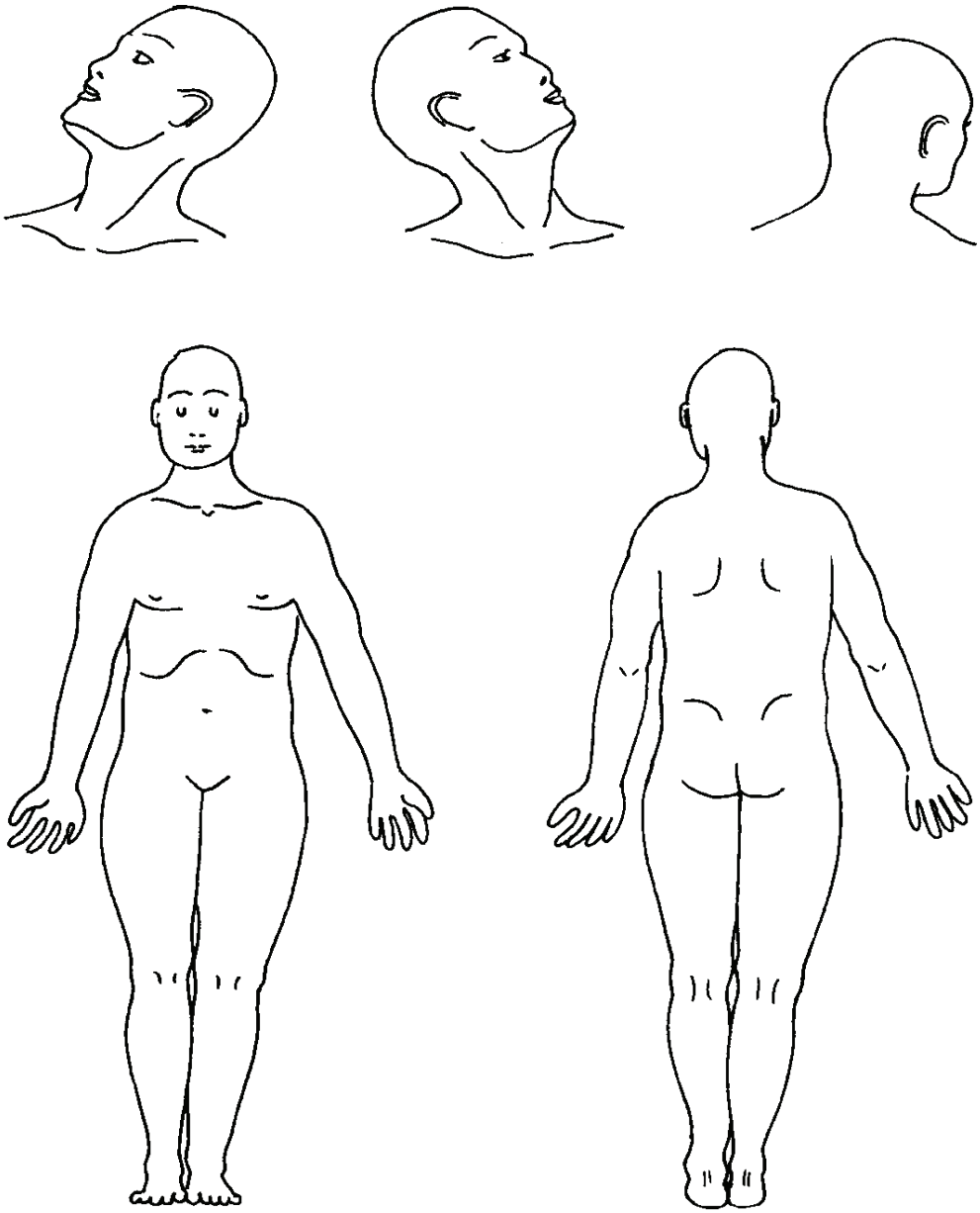
□□□□□-□□□

B. Schmerzlokalisation

6. Wo sind Ihre Schmerzen lokalisiert?

Zur Kennzeichnung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:

- Ein X, wenn der Schmerz eng umgrenzt bzw. punktförmig auftritt und Sie diese Körperstelle genau angeben können.
- Umgrenzen Sie den ungefähren Auftretensort mit einer Linie, wenn der Schmerz eher unklar lokalisiert ist,
- Falls Sie an mehreren Körperstellen Schmerzen verspüren, kennzeichnen Sie diese Orte entsprechend und schreiben Sie bitte eine 1 an den Ort, an dem der Schmerz am stärksten ist.
- Falls der Schmerz in andere Körpergebiete ausstrahlt, kennzeichnen Sie dies mit einem Pfeil.



□□□□□-□□□

7. Befindet sich der Schmerz immer an der gleichen Körperstelle oder wandert er?

- ☐ immer am gleichen Ort
- ☐ wandert meist umher
- ☐ der Schmerz wechselt von einer Körperhälfte zur anderen
- ☐ die Schmerzen können prinzipiell an jeder Körperstelle auftreten

8. Wo tritt der Schmerz auf:

- ☐ eher tiefliegend, im Körperinneren
- ☐ eher oberflächlich, in Hautnähe
- ☐ sowohl tiefliegend als auch in Hautnähe

9. Strahlt der Schmerz aus?

- ☐ vom Kopf in die Nacken- und Schulterregion
- ☐ vom Nacken über den Hinterkopf zur Stirn und Schläfen
- ☐ vom Hals in den rechten Arm
- ☐ vom Hals in den linken Arm
- ☐ vom Rücken in das rechte Bein
- ☐ vom Rücken in das linke Bein

10. Falls Sie an Kopfschmerzen leiden: Welche Aussagen treffen für Sie zu?

- ☐ ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ☐ ich habe einen ständigen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ☐ ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf und zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle
- ☐ ich habe immer einen dumpfen Druck im gesamten Kopf und zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle

□ □ □ □ □ - □ □ □

C. Intensität

11. Bitte geben Sie mit Hilfe der abgebildeten Skala an, welche Intensität Ihr Schmerz im allgemeinen hat. Stellen Sie dazu zuerst fest, in welchen Bereich der Skala Ihr Schmerz gehört, in den sehr schwachen, schwachen, mittleren, starken oder sehr starken. Innerhalb des Bereiches haben Sie die Möglichkeit feiner einzuteilen; dazu brauchen Sie nur die passende Zahl anzukreuzen.

51 .....
50
49
48
47
46 sehr starker Schmerz
45
44
43
42
41 .....
40
39
38
37
36 starker Schmerz
35
34
33
32
31 .....
30
29
28
27
26 mittlerer Schmerz
25
24
23
22
21 .....
20
19
18
17
16 schwacher Schmerz
15
14
13
12
11 .....
10
9
8
7
6 sehr schwacher Schmerz
5
4
3
2
1
0 .....
kein Schmerz

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐

D. Zeitlicher Verlauf

12. Seit wann leiden Sie unter Schmerzen?

☐ seit weniger als 1 Monat
☐ seit 1 bis 2 Monaten
☐ seit 2 bis 4 Monaten
☐ seit 4 bis 6 Monaten
☐ seit 6 bis 12 Monaten
☐ seit 1 bis 2 Jahren
☐ seit 2 bis 5 Jahren
☐ länger als 5 Jahre, ungefähr _____ Jahre

13. Wie sieht der zeitliche Verlauf der Schmerzen aus?

☐ Ich leide an dauernden Schmerzen **ohne** schmerzfreie Zeiten
☐ Ich leide an anfallsweise auftretenden Schmerzen. Dazwischen bestehen **keine** Schmerzen

Die Anfälle haben eine Dauer von Tagen Stunden Minuten Sekunden

Wie oft pro Tag, falls Schmerzen täglich mehrmals auftreten?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____ mal

An wie vielen Tagen pro Woche, falls der Schmerz nicht täglich auftritt?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7

An wie vielen Tagen pro Monat, falls der Schmerz nicht jede Woche auftritt?

☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 –25 –30

☐ Ich habe schmerzfreie Zeiten zwischen den Attackenperioden von

Jahren Monaten Tagen

14. Wie beginnen Ihre Schmerzen normalerweise?

☐ plötzlich, blitzartig
☐ langsam stärker werdend, einschleichend
☐ sind ständig vorhanden

15. Wie gestaltet sich der Schmerzverlauf normalerweise?

☐ kurze, blitzartige Schmerzverläufe
☐ die Schmerzintensität ändert sich ständig in kurzen Abständen, ist eher pulsierend und pochend
☐ die Schmerzintensität besitzt einen eher gleichmäßigen, dumpfen Verlauf

☐☐☐☐☐-☐☐☐

16. Haben die Schmerzen einen meist immer gleichen zeitlichen Ablauf?

☐ Die Schmerzen haben einen typischen zeitlichen Ablauf

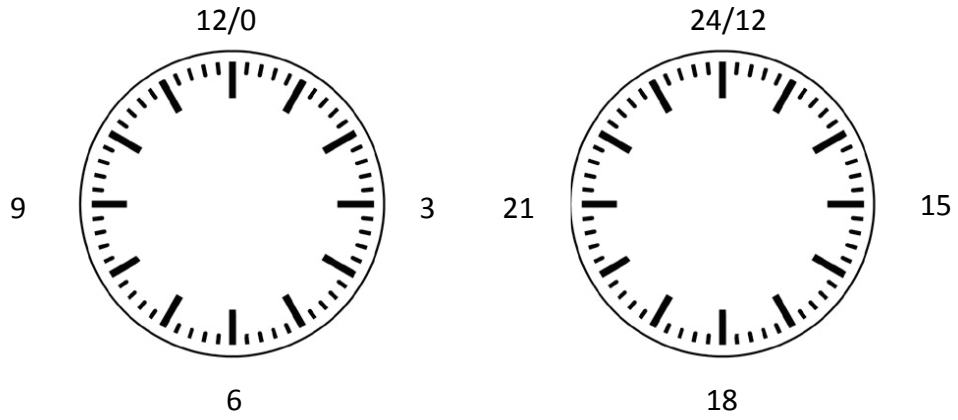
☐ Einen typischen Ablauf kann ich nicht erkennen

17. Zu welcher Tageszeit treten Ihre Schmerzen im allgemeinen auf?

☐ die Schmerzen treten wechselhaft auf und sind von der Tageszeit unabhängig

☐ die Schmerzen treten eher zu bestimmten Tageszeiten auf.

☐ Falls dies der Fall sein sollte, tragen Sie die Zeit und die Dauer (Beginn und Ende) in das untenstehende Stundenschema ein:



18. Wurden Ihre Schmerzen beim ersten Auftreten durch ein besonderes Ereignis hervorgerufen, wie z.B.:

☐ Unfall

☐ Operation

☐ Amputation

☐ berufliche Veränderung

☐ familiäre / partnerschaftliche Veränderung

☐ etwas anderes, nämlich .....

☐ ein besonderes Ereignis ist mir nicht bekannt

E. Charakter

19. Welchen Charakter haben Ihre Schmerzen am ehesten?

☐ schneidend ☐ stechend

☐ pulsierend ☐ scharf

☐ dumpf ☐ drückend

☐ reißend ☐ ziehend

☐ hämmernd ☐ bohrend

☐ klopfend ☐ blitzartig

☐ krampfartig ☐ brennend

☐ der Schmerzcharakter kann nicht klar beschrieben werden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐

20. Haben sich Auftretensort oder Charakter in letzter Zeit geändert?

- ☐ nein
- ☐ ja. Wenn ja, wie? .....

F. Begleiterscheinungen

21. Wird der Schmerz von bestimmten Ereignissen begleitet?

- ☐ Hautrötung
- ☐ Hautblässe
- ☐ Schwellung
- ☐ Berührungsempfindlichkeit
- ☐ vermehrte Schweißbildung
- ☐ verringerte Schweißbildung
- ☐ Missempfindungen. Wenn ja, wo? .....
- ☐ Gefühlsstörungen. Wenn ja, wo? .....
- ☐ Tränenfluss
- ☐ Augenrötung
- ☐ Änderung der Pupillenweite
- ☐ Doppeltsehen
- ☐ vorübergehende Sehstörungen
- ☐ Schielen
- ☐ Augenmuskellähmungen
- ☐ Erblindung eines Auges
- ☐ Lichtüberempfindlichkeit
- ☐ Zick-Zack-Linien im Gesichtsfeld
- ☐ Geräuschüberempfindlichkeit
- ☐ Sprachstörungen
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Unsicherheit beim Gehen
- ☐ Bewegungseinschränkungen
- ☐ Muskelschwäche, wenn ja, wo? .....
- ☐ Muskellähmungen, wenn ja, wo? .....
- ☐ Durchfall
- ☐ Harndrang
- ☐ Erbrechen
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ Bewußtlosigkeit
- ☐ Nein, bestimmte Begleitreaktionen bestehen nicht

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐

22. Wann treten diese Begleitereignisse auf und wie lange bestehen sie?

Die Begleitereignisse

☐ entwickeln sich vollständig innerhalb 4 Minuten bevor die Schmerzen beginnen.

☐ entwickeln sich in 5–20 Minuten bevor die Schmerzen beginnen und bestehen eine Stunde, dann schließen sich die Schmerzen an.

☐ entwickeln sich mit den Schmerzen und klingen mit diesen ab.

☐ entwickeln sich mit den Schmerzen und bleiben länger als diese bestehen.

☐ treten erst nach Beendigung der Schmerzen auf.

☐ die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Stunde bis maximal eine Woche an.

☐ die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Woche an.

☐ wenn anders, wie ? .....

23. Leidet ein Verwandter 1. Grades an ähnlichen Schmerzen wie Sie und bestehen ähnliche Begleitsymptome ?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja, wer ? .....

Welche Schmerzen? .....

Welche Begleitsymptome? .....

24. Hatten Sie in Ihrer Kindheit häufiger folgende Beschwerden?

☐ Unwohlsein ☐ Erbrechen

☐ Bauchweh ☐ Kopfweh

☐ Schwindel ☐ Angstgefühl

☐ Atemnot ☐ Augenflimmern

☐ Reisekrankheit ☐ leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche

☐ Wenn andere, welche? .....

☐ Nein, ich hatte keine häufigeren Beschwerden in der Kindheit

25. Wenn Sie Kinder haben, leiden diese häufiger unter folgenden Beschwerden?

☐ Unwohlsein ☐ Erbrechen

☐ Bauchweh ☐ Kopfweh

☐ Schwindel ☐ Angstgefühl

☐ Atemnot ☐ Augenflimmern

☐ Reisekrankheit ☐ leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche

☐ Wenn andere, welche? .....

☐ Nein, meine Kinder haben keine häufigeren Beschwerden.

☐☐☐☐☐-☐☐☐

26. Welche Ereignisse können Ihre Schmerzen verschlimmern?

- ☐ körperliche Betätigung; wenn ja, welche? ....
- ☐ körperliche Ruhe
- ☐ bestimmte Jahreszeiten; wenn ja, welche? ....
- ☐ Wetterlage; wenn ja, welche? .....
- ☐ bestimmte Nahrungsmittel; wenn ja, welche?.....
- ☐ bestimmte Genußmittel; wenn ja, welche?.....
- ☐ bestimmte Medikamente; wenn ja, welche?..... .....
- ☐ Monatsblutung
- ☐ unbequeme Kopf- oder Körperhaltung
- ☐ seelische Belastungen; wenn ja, welche?.....
- ☐ anderes; und zwar?.....
- ☐ keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

27. Beobachten Sie einen Zusammenhang zwischen den Schmerzen und

- ☐ zu langem Schlaf
- ☐ zu kurzem Schlaf
- ☐ Feierabend
- ☐ Wochenende
- ☐ Urlaub
- ☐ Verzehr von Molkereiprodukten
- ☐ Verzehr von Schokolade
- ☐ Verzehr von Zitrusfrüchten
- ☐ Hunger, unregelmäßiges Essen
- ☐ Übersättigung
- ☐ Verzehr stark gewürzter Speisen
- ☐ Hektik und Streß
- ☐ Ärger im Beruf
- ☐ Ärger in der Familie
- ☐ anderem, nämlich .....

28. Welche Bedingungen können Ihre Schmerzen lindern?

- ☐ körperliche Betätigung; wenn ja, welche? ....
- ☐ Arbeit; wenn ja, welche?.....
- ☐ Urlaub
- ☐ körperliche Ruhe
- ☐ gesellige Veranstaltungen, Besuch von Bekannten usw.
- ☐ anderes und zwar.....
- ☐ keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

□ □ □ □ □ - □ □ □

29. DIESE FRAGE IST NUR VON FRAUEN AUSZUFÜLLEN:

Wann war Ihre erste Monatsblutung? .....

Haben Sie noch eine regelmäßige Monatsblutung?

□ ja

□ nein

Wann war Ihre letzte Regelblutung? .....

Sind Ihre Schmerzen

□ vor der Monatsblutung häufiger

□ vor der Monatsblutung seltener

□ während der Monatsblutung häufiger

□ während der Monatsblutung seltener

□ nach der Monatsblutung häufiger

□ nach der Monatsblutung seltener

□ unabhängig von der Monatsblutung

Falls Sie schwanger waren, waren Ihre Schmerzen in dieser Zeit

□ häufiger

□ seltener

□ stärker

□ schwächer

□ unabhängig von der Schwangerschaft

Falls Sie die Pille nehmen: Haben Sie eine Änderung Ihrer Schmerzen dadurch bemerkt?

□ nein

□ ja. Wenn ja, welche? .....

Haben Sie eine Unterleibsoperation hinter sich?

□ nein

□ ja. Wenn ja, welche? .....

30. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre gesellschaftlichen Betätigungen?

□ nein

□ teilweise

□ sehr, besonders .....

31. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre. beruflichen Betätigungen?

□ nein

□ ja. Ich hatte im letzten Jahr ca.....Tage mit Arbeitsunfähigkeit wegen der Schmerzen
Ich bin seit.....krank geschrieben

☐☐☐☐☐-☐☐☐

32. Bitte beschreiben Sie möglichst genau die Situation und den Ablauf der letzten Schmerzattacke (wann, wo, was geschah, was haben Sie gemacht, wie haben andere reagiert?)!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

33. Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

☐ Rechtshänder
☐ Linkshänder
☐ ein deutlich bevorzugter Gebrauch einer Hand besteht bei mir nicht.

34. Welche Genussmittel gebrauchen Sie?

☐ Alkohol; wenn ja, was und wie viel? .....
☐ Nikotin; wenn ja, was und wie viel? .....
☐ Kaffee Wie viel Tassen pro Tag?.....
☐ sonstige Drogen; wenn ja, was und wie viel? .....

35. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

☐ Herzerkrankungen
☐ Nervenleiden, nämlich .....
☐ Gemütsleiden, nämlich .....
☐ Unfall mit Kopfverletzung
☐ Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen
☐ Lungen- oder Atemwegserkrankungen
☐ Lebererkrankungen
☐ Magen-Darm-Erkrankungen
☐ Nierenerkrankungen
☐ Stoffwechsel- oder Hormonerkrankungen
☐ Erkrankungen des Skelettsystems

☐☐☐☐☐-☐☐☐

36. Bei welchen Berufsgruppen haben Sie sich bereits wegen der Schmerzen behandeln lassen und wie oft?

☐ Akupunkteur	.... mal	☐ Allergologe	.... mal
☐ Allgemeinarzt	.... mal	☐ Anästhesiologe	.... mal
☐ Apotheker	.... mal	☐ Augenarzt	.... mal
☐ Bademeister	.... mal	☐ Kardiologie	.... mal
☐ Chiropraktiker	.... mal	☐ Chirurg	.... mal
☐ Endokrinologe	.... mal	☐ Frauenarzt	.... mal
☐ Geistheiler	.... mal	☐ Hals-Nasen-Ohren-Arzt	.... mal
☐ Hautarzt	.... mal	☐ Heilpraktiker	.... mal
☐ Hypnotiseur	.... mal	☐ Internist	.... mal
☐ Kinderarzt	.... mal	☐ Krankengymnast/Physiotherapeut	.... mal
☐ Krankenschwester	.... mal	☐ Lungenarzt	.... mal
☐ Masseur	.... mal	☐ Mund-Kiefer-Gesichtschirurg	.... mal
☐ Naturheilkundler	.... mal	☐ Nervenarzt	.... mal
☐ Neurologe	.... mal	☐ Neurochirurg	.... mal
☐ Onkokoge	.... mal	☐ Orthopäde	.... mal
☐ Proktologe	.... mal	☐ Priester	.... mal
☐ Psychiater	.... mal	☐ Dipl.-Psychologe	.... mal
☐ Psychotherapeut	.... mal	☐ Radiologe	.... mal
☐ Rheumatologe	.... mal	☐ Sozialarbeiter	.... mal
☐ Urologe	.... mal	☐ Zahnarzt	.... mal

37. Wo und wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

Bitte geben Sie den Namen des Arztes/Dipl.-Psychologen (evtl. auch des Heilpraktikers usw.), die Behandlungsart (z.B. Medikament, Massage, usw.) sowie die Behandlungszeit (Jahr, Dauer) an:

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

5. .....

6. .....

7. .....

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐

(Sollten Sie mehr Platz brauchen, verwenden Sie bitte ein extra Blatt)

38. Mussten Sie wegen der Schmerzen in einem Krankenhaus stationär behandelt werden?

☐ nein

☐ ja. Wenn ja, wo, wann, was wurde unternommen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

39. Erhalten Sie finanzielle Hilfen wegen der Schmerzen?

☐ nein

☐ Krankengeld: seit ..... bis .....

☐ Rente / Pension: seit ..... bis .....

☐ Arbeitslosengeld: seit ..... bis .....

☐ andere Versicherungsleistungen: Welche.....
seit ..... bis .....

☐ bis jetzt noch nicht, ich beabsichtige aber Hilfen zu beantragen oder habe solche bereits beantragt ggf. welche?

.....

.....

.....

☐ Besteht eine Anerkennung als Schwerbehinderung?
Falls ja, welcher Grad der Behinderung wurde anerkannt? .....GdB

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐

40. Haben Sie bereits Medikamente gegen die Schmerzen eingenommen?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar:

Name *Dosis* *Seit wann oder wie lange?*

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

5. .....

(bitte ggf. extra Blatt benutzen, falls der Raum nicht ausreicht)

41. Haben diese Medikamente geholfen?

☐ Nein, überhaupt nicht

☐ nur kurzfristig

☐ Ja

42. Erfordern Ihre Schmerzen, dass Sie immer häufiger Schmerzmittel einnehmen müssen?

☐ ja

☐ nein

43. Beobachten Sie unerwünschte Nebenwirkungen dieser Medikamente?

☐ nein

☐ ja. Wenn ja, welche?

.....

.....

44. Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

☐ Keine

☐ Ja, und zwar:

Name *Dosis* *Seit wann oder wie lange?*

.....

.....

.....

(bitte zusätzliches Blatt benutzen, falls der Platz nicht ausreicht)

☐☐☐☐☐-☐☐☐

45. Falls etwas wesentliches über Ihre Schmerzen bisher nicht gefragt wurde, beschreiben Sie dies bitte nachfolgend:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

46. Bitte beantworten Sie nun folgende Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden

Gewicht: ..... kg Körpergröße: .....cm

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen?

☐ Zunahme ..... kg

☐ Abnahme ..... kg

☐ Gewicht blieb konstant

Wie ist zur Zeit Ihr Schlaf?

Ich habe:

☐ Einschlafschwierigkeiten

☐ Durchschlafschwierigkeiten

Schlafdauer: ..... Stunden

Schlafqualität:

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr schlecht	schlecht	eher schlecht	eher gut	gut	sehr gut

□□□□□-□□□

47. Kreuzen Sie nun bitte an, wie stark die folgenden Beschwerden bei Ihnen auftreten:

	stark	mäßig	kaum	keine
1. Kreuz- oder Rückenschmerzen	○	○	○	○
2. Überempfindlichkeit gegen Wärme	○	○	○	○
3. Überempfindlichkeit gegen Kälte	○	○	○	○
4. Kurzatmigkeit	○	○	○	○
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	○	○	○	○
6. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	○	○	○	○
7. Starkes Schwitzen	○	○	○	○
8. Schweregefühl in den Beinen	○	○	○	○
9. Unruhe in den Beinen	○	○	○	○
10. Nacken- oder Schulterschmerzen	○	○	○	○
11. Schwindelgefühl	○	○	○	○
12. Übermäßiges Schlafbedürfnis	○	○	○	○
13. Schlaflosigkeit	○	○	○	○
14. Kopfschmerzen, Druck im Kopf, Gesichtsschmerzen	○	○	○	○
15. Erstickungsgefühl	○	○	○	○
16. Appetitlosigkeit	○	○	○	○
17. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	○	○	○	○
18. Verstopfung	○	○	○	○
19. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	○	○	○	○
20. Taubheitsgefühle, Kribbel, Brennen	○	○	○	○
21. Störungen beim Wasserlassen	○	○	○	○
22. Geschwollene Beine	○	○	○	○
23. Blut im Stuhl	○	○	○	○
24. Anfallsweise Atemnot	○	○	○	○
25. Neigung zum Weinen	○	○	○	○
26. Gelenk- oder Gliederschmerzen	○	○	○	○
27. Mattigkeit	○	○	○	○
28. Übelkeit	○	○	○	○
29. Grübelei	○	○	○	○
30. Innere Unruhe	○	○	○	○
31. Schwächegefühl	○	○	○	○
32. Schluckbeschwerden	○	○	○	○
33. Leibschmerzen, Unterleibsschmerzen	○	○	○	○

□□□□□-□□□

	stark	mäßig	kaum	keine
34. Kalte Füße	○	○	○	○
35. Frieren	○	○	○	○
36. Trübe Gedanken	○	○	○	○
37. Chronischer Husten	○	○	○	○
38. Durchfall	○	○	○	○
39. Juckreiz	○	○	○	○
40. Reizbarkeit	○	○	○	○
41. Zittern	○	○	○	○
42. Druck- oder Völlegefühl im Leib	○	○	○	○
43. Gleichgewichtsstörungen	○	○	○	○
44. Angstgefühl	○	○	○	○
45. Konzentrationsschwäche	○	○	○	○
46. Innere Gespanntheit	○	○	○	○
47. Müdigkeit	○	○	○	○
48. Schluckauf	○	○	○	○
49. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	○	○	○	○
50. Energielosigkeit	○	○	○	○
51. Rasche Erschöpfbarkeit	○	○	○	○
52. Heißhunger	○	○	○	○
53. Vergesslichkeit	○	○	○	○
54. Ohnmachtsanfälle, Bewusstlosigkeitsanfälle	○	○	○	○
55. Berufliche oder private Sorgen	○	○	○	○
56. Unverträglichkeit bestimmter Speisen	○	○	○	○
57. Bei Frauen: Regelbeschwerden	○	○	○	○
58. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	○	○	○	○
59. Leichtes Erröten	○	○	○	○
60. Gewichtsabnahme	○	○	○	○
61. Starker Durst	○	○	○	○
62. Sehstörungen	○	○	○	○
63. Lebensmüdigkeit	○	○	○	○
64. Erbrechen	○	○	○	○
65. Hautveränderungen	○	○	○	○

Vielen Dank für Ihre Mühe. Die Informationen sind sehr wichtig für die Erarbeitung der Diagnosen und für die Therapieplanung.
Füllen Sie bitte noch abschließend den nachfolgenden MIDAS-Fragebogen aus.

□□□□□-□□□

MIDAS-Fragebogen

48. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bei Betrachtung ALLER Schmerzen, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Schreiben Sie 0, wenn die Antwort negativ ist.

		Zahl
1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Schmerzen nicht zur Arbeit oder zur Schule gegangen?	Tage	
2. An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu)	Tage	
3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Schmerzen keine Hausarbeit verrichten?	Tage	
4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu)	Tage	
5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Schmerzen nicht teilnehmen können?	Tage	
	Ergebnis: Summe der Tage Fragen 1–5:	
A An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen? (Wenn die Schmerzen länger als einenTag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag)	Tage	
B Wie stark waren diese Schmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Zahl auf einer Skala von 0 – 10 an: 0 = keine Schmerzen bis 10 = unerträgliche Schmerzen	Zahl 1 – 10	

Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1– 5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. (Die Fragen A und B bitte NICHT dazu zählen)

Auswertung des MIDAS Fragebogens:

Grad	Definition	Punkte
I	wenig oder keine Beeinträchtigung	☐ 0 – 5
II	geringe Beeinträchtigung	☐ 6 – 10
III	mäßige Beeinträchtigung	☐ 11 – 20
IV	schwere Beeinträchtigung	☐ 21+