

Hoofdpijn Vragenlijst

Naam: **M / V**

Voorletter(s):

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer(s):

Geboortedatum:

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

| | |
|----------------|-----------------------|
| Huisarts | Tandarts |
| Neuroloog | Yoga |
| Fysiotherapeut | Acupunctuur |
| Chiropractor | Psycholoog |
| KNO-arts | Anders, namelijk..... |

2. Bent u zwanger ?

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

3. Heeft u werkzaamheden buitenshuis ?

Ja, namelijk

Nee

4. Is uw gezichtsvermogen recent gecontroleerd ?

Ja, datum

Nee

5. Rookt u?

Ja Hoeveel per dag ?

Nee, maar ik heb wel gerookt

Nee

6. Drinkt u dagelijks alcohol ?

Ja Hoeveel glazen?

Nee

7. Drinkt u koffie / thee / cola (andere cafeïnehoudende dranken) ?

Ja Hoeveel per dag ?

Nee

8. Bent u allergisch voor :(meerdere antwoorden mogelijk)

Dieren, namelijk voor
geneesmiddelen, namelijk voor
pollen / zaden , namelijk voor
voedingsmiddelen, namelijk voor

9. Hoe laat gaat u gewoonlijk naar bed ?

Om uur

10. Hoe lang duurt het gewoonlijk voor u in slaap valt ?

Vrijwel direct
Duurt enige tijd, namelijk minuten

11. Snurkt u ?

Ja
Nee

12. Wordt u 's nachts wakker ?

Ja
Nee

13. Heeft u astma, COPD of diabetes mellitus ?

Ja
Nee

14. Bent u in het verleden weleens opgenomen in het ziekenhuis onder behandeling van een specialist ?

Ja, welke specialist
Nee

15. Bent u momenteel onder behandeling van een specialist ?

Ja, welke specialist
Nee

16. Is er ooit een scan van uw hoofd gemaakt ?

Ja MRI-hersenen, datum:
CT-hersenen, datum:
Nee

17. Is er naar uw idee sprake van meer dan een soort hoofdpijn ?

Ja
Nee

18. Hoe lang heeft u al hoofdpijnklachten?

.....
.....

19. Op welk moment van de dag heeft u m.n. hoofdpijn ?

's morgens / bij het ontwaken
's middags
's avonds
's nachts
wisselend

20. Komt uw hoofdpijn in aanvallen ?

Ja

Hoe lang duurt de hoofdpijnaanval gemiddeld?

0-4 uur 72 uur – 7 dagen
4-72 uur langer dan 7 dagen

Hoe vaak heeft u dan een hoofdpijnaanval ?

< 1 keer per jaar
1 - 4 keer per jaar
5 - 11 keer per jaar
1 keer per maand
2 - 4 keer per maand
1 - 2 keer per week
3 - 5 keer per week
dagelijks
meerdere aanvallen per dag

Nee

21. Hoe voelt de hoofdpijn aan ?

kloppend / bonzend
klemmend / zeurend
stekend / priemend
anders, nl

22. Waar zit de hoofdpijn meestal ?

Aan beide zijden van het hoofd
Aan een zijde van het hoofd

23. Kunt u gedetailleerd aangeven waar de hoofdpijn meestal in uw hoofd zit ?

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Voorhoofd | Boven het oor |
| Achterhoofd | Boven / achter het oog |
| Bovenop het hoofd | Niet goed aan te geven |
| Achterhoofd onderaan bij de nek | |

24. Hoe zou u de ernst van uw hoofdpijn omschrijven ?

| | |
|-----------------|-------------------|
| Licht | Matig tot ernstig |
| Licht tot matig | Ernstig |
| Matig | Zeer ernstig |

25. Neemt uw hoofdpijn toe bij fysieke activiteit zoals bijvoorbeeld bij traplopen ?

Ja
Nee

26. Heeft u voorafgaand aan uw hoofdpijn last van :

Visuele verschijnselen (b.v. lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)
Sprakestoornissen (b.v. stotteren, praten met dubbele tong, woordvindproblemen)
Uitvalsverschijnselen (b.v. tintelingen, verlamming of spierslapte in een lichaamshelft)

27. Als u last heeft van een van de bovenstaande verschijnselen, hoe vaak wordt uw hoofdpijn dan vooraf gegaan door dergelijke verschijnselen ?

0 – 33 %
33 – 66 %
66 – 100 %

28. Hoe lang duren deze verschijnselen dan ?

| | |
|-----------------|-----------------|
| 4 – 15 minuten | 31 – 45 minuten |
| 16 – 30 minuten | 46 – 60 minuten |

29. Heeft u tijden uw hoofdpijn last van (meerdere antwoorden mogelijk):

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Misselijkheid | Gezwollen ooglid |
| Braken | Hangend ooglid |
| Licht | Rood of tranend oog |
| Geluid | Vernauwde pupil |
| Geur | Loopneus of verstopte neus |
| Transpiratie op gezicht of voorhoofd | |

30. Komt er hoofdpijn voor in uw familie ?

Ja ⇒
Vaders kant
Moeders kant
Broer of zus
Opa of oma
Oom of tante

Nee

31. Is uw hoofdpijnaanval gekoppeld aan uw menstruatieperiode ?

Ja
Nee
Soms
Niet van toepassing

32. Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn (inclusief de pillen die u elders koopt b.v. bij drogist)?

Ja ⇒
< 1 per maand
1 – 3 per maand
1 – 2 per week
3 – 5 per week
1 per dag
1 – 2 per dag
3 of meer per dag
per aanval

Nee

33. Welke medicijnen gebruikt u momenteel tegen uw hoofdpijn ?

| Naam medicatie | Sterkte en hoeveelheid per dag | Vanaf wanneer begonnen ? |
|----------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

34. Welke medicijnen heeft u in het verleden gebruikt tegen uw hoofdpijn en om welke redenen bent u hiermee gestopt ?

| Naam medicatie | Sterkte en hoeveelheid per dag | Gebruik van ... tot Reden van stoppen |
|----------------|--------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

35. Zijn er nog andere medicijnen die u gebruikt ?

| Naam medicatie | Sterkte en hoeveelheid per dag | Vanaf wanneer begonnen ? |
|----------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Einde van deze vragenlijst. Dank voor het invullen. Neemt u deze lijst mee bij uw polibezoek aan de neuroloog. U wordt verzocht de vragenlijst te overhandigen aan de baliemedewerkster.