

# Anamnese-Fragebogen - Migräne-Therapie

Claudia Wolzen - Migräne-Therapie und Balance

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## 1. Migräne-Beschwerden

1. Seit wann leiden Sie unter Migräne?

2. Wie häufig treten die Anfälle auf?

Täglich

Mehrmals pro Woche

Wöchentlich

Monatlich

Seltener

3. Wie lange dauert ein Anfall in der Regel?

4. Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

Stechend

Pulsierend

Dumpf

Drückend

Einseitig

Beidseitig

5. Wo genau tritt der Schmerz auf?

6. Gibt es Vorboten oder eine Aura vor dem Anfall?

# Anamnese-Fragebogen - Migräne-Therapie

Claudia Wolzen - Migräne-Therapie und Balance

Ja

Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

7. Haben Sie während eines Anfalls weitere Symptome?

Übelkeit

Erbrechen

Lichtempfindlichkeit

Geräuschempfindlichkeit

Sehstörungen

Taubheitsgefühle

Konzentrationsprobleme

Weitere:

## 2. Auslöser und Lebensstil

8. Haben Sie bestimmte Auslöser identifiziert?

Stress

Schlafmangel

Wetterumschwung

Hormonelle Schwankungen

Ernährung (z. B. Schokolade, Käse, Alkohol)

Körperliche Anstrengung

Bildschirmarbeit

Andere:

9. Wie ist Ihr Schlafverhalten? (Dauer/Qualität)

10. Wie ernähren Sie sich?

Ausgewogen

Unregelmäßig

Viel Zucker/Fett

Vegetarisch/Vegan

# Anamnese-Fragebogen - Migräne-Therapie

Claudia Wolzen - Migräne-Therapie und Balance

Andere Besonderheiten:

11. Wie würden Sie Ihr Stressniveau einschätzen?

Gering

Mittel

Hoch

Sehr hoch

Hauptstressquellen:

12. Treiben Sie regelmäßig Sport oder bewegen sich ausreichend?

Ja

Nein

Welche Art von Bewegung/Sport?

### 3. Medizinischer Hintergrund

13. Wurde Ihre Migräne ärztlich diagnostiziert?

Ja

Nein

14. Nehmen Sie Medikamente gegen die Migräne?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

15. Weitere bestehende Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, hormonelle Störungen)?

16. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

17. Wurden in der Vergangenheit andere Therapien ausprobiert?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und mit welchem Erfolg?

# Anamnese-Fragebogen - Migräne-Therapie

Claudia Wolzen - Migräne-Therapie und Balance

## 4. Ziel und Erwartungen

18. Was wünschen Sie sich von der Behandlung bei mir?

19. Gibt es etwas, das ich bei der Behandlung beachten sollte (z. B. Berührungängste, frühere negative Erfahrungen)?

20. Gibt es bestimmte Zeiten oder Lebensphasen, in denen die Migräne besser oder schlechter war?

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_