

**Vragenlijst over Hoofdpijn**

**Naam:……………………………………………………...Geboortedatum:………………………..Datum:…………….**

**1.Op welke leeftijd kreeg u de eerste hoofdpijnklachten?**

Op ………….. jarige leeftijd

**2.Heeft u meerdere vormen van hoofdpijn?**

* Ja
* Nee

**Als u ja heeft geantwoord, beantwoordt de vragen dan alleen voor de ergste hoofdpijn en bespreek de andere hoofdpijn tijdens het spreekuur.**

**3. Komt de hoofdpijn in aanvallen voor?**

**4. Hoelang duurt de hoofdpijnaanval gemiddeld?**

**5. Hoe vaak heeft u een hoofdpijn aanval?**

**6. Hoe voelt de hoofdpijn aan?**

* Kloppend/bonzend
* Klemmend/zeurend
* Stekend/priemend
* Anders, nl

**7. Wanneer begint de hoofdpijn?**

* Ik word er opeens mee wakker
* In de loop van de dag
* ’s nachts om …………. Uur
* Alleen in het weekend
* Anders:……………………………………..

**8. Kunt u gedetailleerd aangeven waar de hoofdpijn meestal zit?**

**9. Hoe omschrijft u de ernst van de hoofdpijn?**

**10. Neemt de hoofdpijn toe bij fysieke activiteit, bijvoorbeeld bij traplopen?**

**11. Heeft u voorafgaand aan de hoofdpijn last van:**

* Visuele verschijnselen (bv. Lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)
* Spraakstoornissen (bv praten met dubbele tong, woordvindproblemen)
* Uitvalsverschijnselen (bv. Tintelingen, verlamming of spierslapte in één lichaamshelft)

**12. Als u last heeft van de bovenstaande verschijnselen, hoe vaak wordt de hoofdpijn dan voorafgegaan door dergelijke verschijnselen?**

* 1 van de 3 keer
* 2 van de 3 keer
* Altijd

**13. Hoelang duren deze verschijnselen dan?**

* 4-60 minuten
* > 60 minuten

**14. Heeft u tijdens de hoofdpijn last van?**

* Misselijkheid of braken
* Licht Geluid Geur
* Transpiratie op gezicht of voorhoofd
* Rood of tranend oog aan kant van de hoofdpijn
* Loopneus of verstopte neus aan kant van de hoofdpijn
* Vernauwde pupil
* Transpiratie op gezicht of voorhoofd
* Hangend ooglid
* Gezwollen ooglid

**15. Voelt u de hoofdpijn van de voren aankomen?**

* Nee
* Een dag ervoor
* Paar uur ervoor
* 2-3 dagen ervoor

**16. Welke verschijnselen merkt als voortekenen?**

* Veranderde slaapbehoefte
* Vocht vasthouden
* Veranderde stemming
* Trek in ander eten
* Pijn in de nek
* Veranderde waarneming van de omgeving

**17. Komt er hoofdpijn voor in uw familie?**

**18. Is de hoofdpijn gekoppeld aan uw menstruatiecyclus?**

**19. Heeft u kinderen?**

**21. Gebruikt u anticonceptie?**

**22. Bent u zwanger?**

**23.** **Hoe laat gaat u ’s avonds op een gewone dag naar bed?**

**24**. **Als u in bed ligt, hoelang duurt het dan voordat u inslaapt?**

**25**.**Wordt u ‘s nachts wakker?**

**26.Bent u in het verleden wel eens opgenomen in een ziekenhuis of onder behandeling geweest van een medisch specialist?**

**27. Heeft u ooit een ongeval gehad waar uw nek of hoofd bij betrokken is geweest?**

**28. Gebruikt u pijnstillers en hoe vaak tegen uw hoofdpijn?**

**29.Welke pijnstillers/medicatie heeft u in het verleden gebruikt tijdens de hoofdpijn aanvallen en om welke reden bent u hiermee gestopt?**

**31.Heeft u medicatie gebruikt, of gebruikt u op dit moment medicatie, om een aanval te voorkomen?**

**34.Waar bent u al met uw hoofdpijnklachten geweest?**

* Huisarts
* Neuroloog
* Fysiotherapeut
* Chiropractor
* KNO-arts
* Tandarts
* Yoga
* Acupunctuur
* Psycholoog
* Anders, namelijk:

**37.Welk beroep oefent u uit en hoeveel uren per week werkt u?**

**38.Hebt u plezier in het werk?**

**39.Hoeveel verzuimt u wegens deze klachten?**

**40.Rookt u?**

**41.Drinkt u dagelijks alcohol?**

**42.Drinkt u koffie/thee/cola/etc?, en hoeveel per dag?**

**43.Bent u allergisch voor?**

**44. Is uw gezichtsvermogen recent nog gecontroleerd?**