

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

Naam: _____

Voorletter(s): _____

Adres: _____

Postcode & Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

ALGEMEEN

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Neuroloog | <input type="checkbox"/> Caesar- of |
| <input type="checkbox"/> Psycholoog | mensendiecktherapie |
| <input type="checkbox"/> Acupuncturist | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Chiropractor | _____ |

2. Bent u zwanger?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

3. Heeft u werkzaamheden buitenshuis?

- Ja, namelijk _____
- Nee

4. Is uw gezichtsvermogen recentelijk gecontroleerd?

- Ja, op (datum) _____
- Nee

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

5. Rookt u?

- Ja, _____ (aantal) sigaretten per dag
- Nee

6. Drinkt u alcohol?

- Ja, _____ (aantal) glazen per week
- Nee

7. Nuttigt u:

- Koffie (met cafeïne)**, _____ (aantal) koppen per dag
- Thee (met theïne)**, _____ (aantal) glazen per dag
- Cola (met cafeïne)**, _____ (aantal) glazen per dag

8. Heeft u gemerkt dat u slecht op bepaalde voedingsmiddelen reageert?

- Ja, op _____
- Nee

9. Hoe laat gaat u gewoonlijk naar bed?

Om _____ uur

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

- Vrijwel direct
- Duurt enige tijd, _____ minuten

11. Wordt u 's nachts wakker?

- Vrijwel nooit
- Vaak
- Vrijwel altijd

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

12. Bent u in het verleden wel eens opgenomen in het ziekenhuis onder behandeling van een medisch specialist?

- Ja, in ziekenhuis: _____
- Nee

13. Bent u momenteel onder behandeling van een medisch specialist?

- Ja, onder behandeling van _____ (specialist)
- Nee

14. Heeft u ooit een röntgenonderzoek gehad?

- Nee
- Ja,
 - o CT - hersenen, op _____ (datum)
 - o MRI - hersenen, op _____ (datum)

15. Gebruikt u medicijnen?

- Ja (graag op bijgevoegd formulier vermelden, zie pagina 8 en 9)
- Nee

16. Heeft u astma, COPD of diabetes?

- Ja, _____
- Nee

HOOFDPIJN

1. Is er naar uw idee sprake van meer dan één soort hoofdpijn?

- Ja (*beantwoord de volgende vragen alléén voor de belangrijkste hoofdpijn*)
- Nee

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

2. Hoelang heeft u al hoofdpijn klachten?

_____ jaar/maanden

3. Op welk moment van de dag heeft u met name hoofdpijn?

- 's Ochtends / bij het wakker worden
- 's Middags
- 's Avonds
- 's Nachts
- Wisselend

4. Komt uw hoofdpijn in aanvallen?

- Nee
- Ja

i. Hoe lang duurt de hoofdpijnaanval dan?

- 0 - 4 uur
- 4 - 72 uur
- 72 uur - 7 dagen
- Langer dan 7 dagen

ii. 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

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

5. Hoe voelt de hoofdpijn aan?

- Kloppend / bonzend
- Klemmend / zeurend
- Stekend / priemend
- Anders, namelijk _____

6. Kunt u aangeven waar de hoofdpijn meestal zit?

- Voorhoofd
- Achterhoofd
- Bovenop het hoofd
- Achterhoofd, onderaan bij de nek
- Boven het oor
- Boven/achter het oog
- Altijd aan één kant

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

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

8. Is uw hoofdpijnaanval gekoppeld aan uw menstruatie-periode?

- Ja, uitsluitend
- Nee
- Soms
- Niet van toepassing

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

- Ja
- Nee

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

10. Heeft u voorafgaand aan uw hoofdpijn last van:

- Visuele verschijnselen (bijv. lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)
- Spraakstoornissen (bijv. praten met dubbele tong, moeite om op bepaalde woorden te komen)
- Uitvalsverschijnselen (bijv. tintelingen, verlamming of spierslapte in een lichaamshelft)
- Geen (ga door naar vraag 13)

11. Hoe vaak komen bovenstaande verschijnselen voor?

- Soms
- Bijna altijd
- Niet van toepassing

12. Hoe lang duren deze verschijnselen dan?

- 4 - 30 minuten
- 31 - 60 minuten
- Langer dan 60 minuten

13. Heeft u tijdens uw hoofdpijn last van:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Misselijkheid | <input type="checkbox"/> Hangend ooglid |
| <input type="checkbox"/> Braken | <input type="checkbox"/> Rood of tranend oog |
| <input type="checkbox"/> Licht | <input type="checkbox"/> Vernauwde pupil |
| <input type="checkbox"/> Geluid | <input type="checkbox"/> Loopneus of verstopte neus |
| <input type="checkbox"/> Geur | <input type="checkbox"/> Transpiratie op gezicht of voorhoofd |
| <input type="checkbox"/> Gezwollen ooglid | |

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

14. Komt er hoofdpijn voor in uw familie?

- Ja, aan
 - Moeders kant
 - Vaders kant
 - Beide ouders
 - Broer of zus
 - Opa of oma
 - Zoon of dochter
- Nee

15. Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn (inclusief de pillen die u bij de drogist koopt)?

- 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
- Nee

Vragenlijst bij verwijsreden Hoofdpijn

MEDICATIE DIE U OP DIT MOMENT GEBRUIKT

Medicijnen tegen uw hoofdpijn

Naam medicatie	Dosering	Begindatum

Overige medicijnen

Naam medicatie	Dosering	Begindatum

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

MEDICATIE DIE U IN HET VERLEDEN HEEFT GEBRUIKT

(ook andere dan hoofdpijnmedicatie)

Naam medicatie	Dosering	Begindatum	Einddatum	Reden gestopt