

## Hoofdpijn vragenlijst

**Naam:** .....  M /  V

**Voorletter(s):** .....

**Adres:** .....

**Postcode en woonplaats:** .....

**Telefoonnummer:** .....

**Geboortedatum:** .....

**1. Hoe lang hebt u al hoofdpijnklachten?**

.....  
.....  
.....  
.....

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

- Ja  
 Nee

**3. Al u hoofdpijn heeft...**

Hoe lang duurt de hoofdpijnaanval gemiddeld?

- 0 - 4 uur  
 4 uur tot 3 dagen  
 3 dagen tot 7 dagen  
 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

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

- Kloppend / bonzend  
 Klemmend / zeurend  
 Stekend / priemend  
 Anders, nl. ....

**5. Waar zit de hoofdpijn meestal?**

- Aan beide zijden van het hoofd  
 Aan één zijde van het hoofd

- 6. Kunt u gedetailleerd aangeven waar de hoofdpijn meestal zit?**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Voorhoofd                       | <input type="checkbox"/> Boven het oor          |
| <input type="checkbox"/> Achterhoofd                     | <input type="checkbox"/> Boven / achter het oog |
| <input type="checkbox"/> Bovenop het hoofd               | <input type="checkbox"/> Niet goed aan te geven |
| <input type="checkbox"/> Achterhoofd onderaan bij de nek |   |
- 7. Hoe omschrijft u de ernst van de hoofdpijn?**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Licht           | <input type="checkbox"/> Matig tot ernstig |
| <input type="checkbox"/> Licht tot matig | <input type="checkbox"/> Ernstig           |
| <input type="checkbox"/> Matig           | <input type="checkbox"/> Zeer ernstig      |
- 8. Neemt de hoofdpijn toe bij fysieke activiteit, bijvoorbeeld bij traplopen?**
- Ja  
 Nee
- 9. Hebt u voorafgaand aan de hoofdpijn soms last van:**
- Visuele verschijnselen (lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)  
 Spraakstoornissen (stotteren, praten met dubbele tong)  
 Uitvalsverschijnselen (tintelingen, verlamming of spierzwakten in een lichaamshelft)
- 10. Hoe lang duren deze verschijnselen dan?**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 - 15 minuten  | <input type="checkbox"/> 30 - 45 minuten |
| <input type="checkbox"/> 15 - 30 minuten | <input type="checkbox"/> 45 - 60 minuten |
- 11. Hebt u tijdens de hoofdpijn last van (meerdere antwoorden mogelijk):**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Misselijkheid                        | <input type="checkbox"/> Gezwollen ooglid           |
| <input type="checkbox"/> Braken                               | <input type="checkbox"/> Hangend ooglid             |
| <input type="checkbox"/> Licht                                | <input type="checkbox"/> Rood of tranend oog        |
| <input type="checkbox"/> Geluid                               | <input type="checkbox"/> Vernauwde pupil            |
| <input type="checkbox"/> Geur                                 | <input type="checkbox"/> Loopneus of verstopte neus |
| <input type="checkbox"/> Transpiratie op gezicht of voorhoofd |   |
- 12. Komt er hoofdpijn voor in uw familie?**
- Ja  
 Nee
- 13. Is de hoofdpijnaanval gekoppeld aan uw menstruatieperiode?**
- Ja  
 Nee  
 Soms  
 Niet van toepassing
- 14. Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn?**
- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja → | <input type="checkbox"/> < 1 per maand     |
|                               | <input type="checkbox"/> 1 - 3 per maand   |
|                               | <input type="checkbox"/> 1 - 2 per week    |
|                               | <input type="checkbox"/> 3 - 5 per week    |
|                               | <input type="checkbox"/> 1 per dag         |
|                               | <input type="checkbox"/> 1 - 2 per dag     |
|                               | <input type="checkbox"/> 3 of meer per dag |
|                               | <input type="checkbox"/> per aanval        |
- Nee

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

- Nee  
 Ja, voor:

Datum	Diagnose	Specialist

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

- Nee  
 Ja. Wilt u een korte omschrijving geven?

.....  
 .....  
 .....

**17. a. Welke pijnstillers/medicatie heeft u in het verleden gebruikt tegen de hoofdpijn en om welke reden bent u hiermee gestopt?** (vult u die a.u.b. in op de lijst hieronder)

Gebruik medicijnen tegen hoofdpijn in het verleden:

Naam medicatie	Sterkte en hoeveel per dag	Gebruikt van .... Tot ...	Reden stoppen

**b. Welke pijnstillers / medicatie gebruikt u momenteel tegen de hoofdpijn?** (vult u die a.u.b. in op lijst hieronder)

Gebruik medicijnen tegen hoofdpijn op dit moment:

Naam medicatie	Sterkte en hoeveel per dag	Vanaf wanneer begonnen?

**18. Zijn er andere medicijnen die u heeft gebruikt of nog gebruikt?** (vul deze a.u.b. in op de lijst hieronder)

**Andere medicatie die u gebruikt of heeft gebruikt:**

Naam medicatie	Sterkte en hoeveel per dag?	Gebruik van ... tot ...

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Huisarts       | <input type="checkbox"/> Tandarts         |
| <input type="checkbox"/> Neuroloog      | <input type="checkbox"/> Yoga             |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Acupunctuur      |
| <input type="checkbox"/> Chiropractor   | <input type="checkbox"/> Psycholoog       |
| <input type="checkbox"/> KNO-arts       | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

**20. Rookt u?**

- Ja. Hoeveel per dag? .....  
 Nee, maar ik heb wel gerookt  
 Nee

**21. Drinkt u dagelijks alcohol?**

- Ja. Hoeveel glazen? .....  
 Nee

**22. Drinkt u koffie / thee / cola?**

- Ja. Hoeveel per dag? .....  
 Nee