

## Vragenlijst hoofdpijnpoli

dhr.  mevr.

vl. \_\_\_\_\_ naam \_\_\_\_\_

geb.dat. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Etiket patiëntgegevens

### 1. BIJ WIE BENT U AL EERDER GEWEEST VOOR HOOFDPIJNKLACHTEN? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

Huisarts       Neuroloog       KNO-arts       Tandarts       Psycholoog

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### 2. BENT U AL EENS BEHANDELD DOOR EEN

Fysiotherapeut       Mensendiecktherapeut       Chiropractor       Acupuncturist       Alternatieve therapeut

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### 3. BURGERLIJKE STAAT

Gehuwd       Ongehuwd

### 4. VOOR VROUWEN: BENT U ZWANGER?

Ja       Nee

### 5. HEEFT U WERK BUITENSHUIS?

Ja, vrijwilligerswerk, namelijk: \_\_\_\_\_

Ja, betaalde baan, namelijk: \_\_\_\_\_

Nee, ik volg een opleiding/zit op school: \_\_\_\_\_

Nee, ik ben werkloos

### 6. HEEFT U EEN WAO-UITKERING?

Nee (ga naar vraag 8)

Ja, volledig

Ja, gedeeltelijk

## 7. IN VERBAND MET WELKE KLACHTEN HEEFT U EEN WAO-UITKERING?

## 8. ROOKT U?

- Ja, per dag sigaretten/sigaren/pijp
- Nee
- Nee, gestopt sinds .....

## 9. HOEVEEL KOPPEN KOFFIE EN/OF GLAZEN COLA DRINKT U PER DAG?

- Ik gebruik geen koffie en/of cola
- Ik drink ..... koppen koffie en/of ..... glazen cola per dag

## 10. HOEVEEL KOPPEN THEE OF ICE TEA DRINKT U PER DAG?

- Ik drink geen thee/ice tea
- Ik drink ..... koppen thee en/of ice tea per dag

## 11. GEBRUIKT U ALCOHOL?

- Nee
- Ja, ..... glazen per dag
- Ja, maar niet elke dag; ongeveer ..... glazen per week

## 12. GEBRUIKT U DRUGS?

- Nee
- Ja

## 13. HOE LANG HEEFT U AL HOOFDPIJNKLACHTEN?

## 14. HEEFT U ÉÉN SOORT HOOFDPIJN OF MEERDERE?

- Één
- Meerdere

In de volgende vragen gaat het om hoofdpijn waar u het meeste last van heeft.

## 15. KOMT DE HOOFDPIJN IN AANVALLEN VOOR?

- Nee
- Ja

## 16. ALS U HOOFDPIJNAANVALLEN HEEFT...

**De aanvallen duren gemiddeld:**

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

**Hoe vaak heeft u dan een aanval?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per jaar | <input type="checkbox"/> 1 tot 2 keer per maand                      |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 4 keer per jaar      | <input type="checkbox"/> 3 tot 5 keer per maand                      |
| <input type="checkbox"/> 5 tot 11 keer per jaar     | <input type="checkbox"/> Iedere dag                                  |
| <input type="checkbox"/> 1 keer per maand           | <input type="checkbox"/> Iedere dag, maar meerdere aanvallen per dag |
| <input type="checkbox"/> 2 tot 4 keer per maand     | <input type="checkbox"/> Iedere dag, maar meerdere aanvallen per uur |
| <input type="checkbox"/> 3 tot 5 keer per maand     |  |

**17. HEEFT U VÓÓR DE HOOFDPIJN BEGINT LAST VAN (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)**

- Lichtflitsen, vlekken voor de ogen, schitteringen
- Stoornissen van de spraak
- Tintelingen, verlammingen of zwakte in een arm/been of lichaamshelft
- Geen van bovenstaande (ga naar vraag 20)

**18. HOE LANG DUREN DEZE VERSCHIJNSELEN?**

- 0 tot 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- Langer dan 60 minuten, namelijk ..... minuten

**19. HOE VAAK TREDEN DE VERSCHIJNSELEN (GENOEMD BIJ VRAAG 17) OP ALS U HOOFDPIJN KRIJGT?**

- Bijna altijd
- Bij ongeveer de helft
- Soms

**20. AAN WELKE KANT ZIT DE HOOFDPIJN MEESTAL?**

- Altijd aan dezelfde kant
- Aan één kant, maar wisselend links of rechts
- Aan beide kanten

**21. KUNT U AANGEVEN WAAR IN HET HOOFD DE PIJN MEESTAL ZIT?**

- Voorhoofd
- Achterhoofd/nek
- Boven op het hoofd
- Boven/achter het oog
- Zijkant van het hoofd/slaap
- Niet goed aan te geven

**22. HOE ERNSTIG IS DE HOOFDPIJN MEESTAL?**

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

**23. NEEMT DE ERNST VAN DE PIJN TOE BIJ LICHAAMELIJKE ACTIVITEIT, ZOALS BIJVOORBEELD TRAPLOPEN?**

- Ja
- Nee

**24. HOE VOELT DE HOOFDPIJN AAN?**

- Kloppend/bonzend
  - Stekend/priemend
  - Als een band om het hoofd/knellend
  - Zeurend
  - Anders, namelijk
-

**25. HEEFT U TIJDENS DE HOOFDPIJN LAST VAN (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Misselijkheid   | <input type="checkbox"/> Gezwollen ooglid                |
| <input type="checkbox"/> Overgeven       | <input type="checkbox"/> Rood en/of tranend oog          |
| <input type="checkbox"/> Licht           | <input type="checkbox"/> Nauwe pupil                     |
| <input type="checkbox"/> Geluid          | <input type="checkbox"/> Loopneus of verstopte neus      |
| <input type="checkbox"/> Bepaalde geuren | <input type="checkbox"/> Zweeten op voorhoofd of gezicht |
| <input type="checkbox"/> Hangend ooglid  |  |

**26. OP WELK MOMENT VAN DE DAG HEEFT U HOOFDPIJN?**

- De hele dag
- Als ik 's ochtends wakker word/opsta
- In de middag
- In de avond
- Ik word er 's nachts wakker van
- Het wisselt sterk

**27. KOMT ER HOOFDPIJN IN DE FAMILIE VOOR?**

- Nee
- Ja, aan vaders/moeders kant
- Ja, bij zus/broer/kind

**Als u 'ja' aankruiste, gaat het daarbij om dezelfde soort hoofdpijn als de uwe?**

- Ja    Nee    Weet ik niet

**28. HEEFT DE HOOFDPIJN EEN VERBAND MET DE MENSTRUATIEPERIODE?**

- Niet van toepassing
- Nee
- Ja
- Soms

**Gebruikt u de pil?**

- Ja    Nee

**29. KUNT U OMSTANDIGHEDEN AANGEVEN WAARONDER U MOGELIJK HOOFDPIJN KRIJGT? OF ONDER INVLOED VAN/NA GEBRUIK VAN:**

- Nee
- Ja, namelijk

**30. GEBRUIKT U PIJNSTILLERS/ OF ANDERE MEDICIJNEN TEGEN DE HOOFDPIJN?**

- Nee
- Ja, ik gebruik momenteel (naam medicijnen)

**31. HOE VAAK GEBRUIKT U PIJNSTILLERS TEGEN DE HOOFDPIJN?**

- Iedere dag 1 keer
- Iedere dag meerdere keren nl ..... per dag
- Minder dan 1 keer per maand
- 1 tot 3 dagen per maand
- 1 tot 2 dagen per week
- 3 tot 5 dagen per week

**32. HEEFT U IN HET VERLEDEN ANDERE PIJNSTILLERS TEGEN DE HOOFDPIJN GEBRUIKT DAN DE HUIDIGE?**

- Nee
- Ja, ik gebruikte

.....

.....

.....

(via apotheek of huisarts evt. namen opvragen)

**33. HEEFT U OOIIT EEN (ERNSTIG) HOOFD- OF NEKLETSEL GEHAD? EEN HERSENSCHUDDING?**

- Nee
- Ja, en wel ..... in ..... (jaartal)

**34. WELKE MEDICIJNEN GEBRUIKT U BEHALVE UW HOOFDPIJNMEDICATIE? (BIJVOORBEELD VANWEGE HOGE BLOEDDRUK, SUIKERZIEKTE, ETC.)**

.....

.....

.....