

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

Naam: _____

Voorletter(s): _____

Adres: _____

Postcode & Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

ALGEMEEN

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Huisarts | ☐ Fysiotherapeut |
| ☐ Neuroloog | ☐ Caesar- of |
| ☐ Psycholoog | mensendiecktherapie |
| ☐ Acupuncturist | ☐ Anders, namelijk |
| ☐ 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) _____

Vragenlijst bij verwijssreden Hoofdpijn

☐ Nee

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

Vragenlijst bij verwijsreden Hoofdpijn

- ☐ Vrijwel altijd

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,
- CT - hersenen, op _____ (datum)
 - 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?

Vragenlijst bij verwijsreden Hoofdpijn

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

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 – 2 keer per week |
| ☐ 1 - 4 keer per jaar | ☐ 3 – 5 keer per week |
| ☐ 5 -11 keer per jaar | ☐ Dagelijks |
| ☐ 1 keer per maand | ☐ Meerdere aanvallen per dag |
| ☐ 2 - 4 keer per maand | |

Vragenlijst bij verwijsreden Hoofdpijn

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 verwijsreden 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Misselijkheid | ☐ Hangend ooglid |
| ☐ Braken | ☐ Rood of tranend oog |
| ☐ Licht | ☐ Vernauwde pupil |
| ☐ Geluid | ☐ Loopneus of verstopte neus |
| ☐ Geur | ☐ Transpiratie op gezicht of voorhoofd |
| ☐ 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 verwijssreden Hoofdpijn

MEDICATIE DIE U OP DIT MOMENT GEBRUIKT

Medicijnen tegen uw hoofdpijn

Naam medicatie	Dosering	Begindatum

Overige medicijnen

Naam medicatie	Dosering	Begindatum

Vragenlijst bij verwijsreden Hoofdpijn

MEDICATIE DIE U IN HET VERLEDEN HEEFT GEBRUIKT

(ook andere dan hoofdpijnmedicatie)

Naam medicatie	Dosering	Begindatum	Einddatum	Reden gestopt