



Revidierte deutsche Fassung des MIDAS-Fragebogens

Dieser Fragebogen kann Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Behandlung Ihrer Kopfschmerzen zu verbessern.

Leiden Sie an Kopfschmerzen (Migräne)?

MIDAS-Fragebogen

Anleitung:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Wenn Sie eine Tätigkeit in den vergangenen 3 Monaten nicht ausgeführt haben, tragen Sie eine Null ein.

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen oder haben in der Schule gefehlt? ___ Tage
 2. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu) ___ Tage
 3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten? ___ Tage
 4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu) ___ Tage
 5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können? ___ Tage
- Ergebnis** ___ Tage

- A An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten hatten Sie Kopfschmerzen? (Wenn die Kopfschmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag) ___ Tage
- B Wie stark waren die Kopfschmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Skala 0-10 an (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen) _____

Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1-5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben (Die Fragen A und B bitte nicht dazu zählen)

Auswertung des MIDAS-Fragebogens

Grad	Definition	Punkte
I	Wenig oder keine Beeinträchtigung	0-5
II	Geringe Beeinträchtigung	6-10
III	Mässige Beeinträchtigung	11-20
IV	Schwere Beeinträchtigung	21+

Neurologische Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Hermann Weber
Dr. med. Christian Wasmeier
 Fachärzte für Neurologie
Dr. med. Lucia Dittrich
 angestellte Fachärztin für Neurologie
Dr. medic. Alexandru-Gabriel Ulea
 angestellter Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Hela Pasdar
 angestellte Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

HIT-6™ Fragebogen zu Auswirkungen von Kopfschmerzen

Dieser Fragebogen soll Ihnen dabei helfen, zu beschreiben und mitzuteilen wie Sie sich fühlen und was Sie wegen Kopfschmerzen nicht tun können.
 Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft:

	(6) Nie	(8) Selten	(10) Manchmal	(11) Sehr oft	(13) Immer
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft beeinträchtigen Sie Kopfschmerzen im Alltag bzgl. Haushalt / Arbeit / Schule oder bei Kontakten / Aktivitäten mit anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für tägliche Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit / tägliche Aktivitäten zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung

Punktzahl:

Gesamtpunktzahl: