



E.G.M. Couturier en N. Vlam, neurologen

Dintelstraat 60
1078VV Amsterdam
020 30 500 51

Intake Neurologie Centrum Amsterdam

Naam: m/v

Voorletter(s):

Adres:

Postcode & Woonplaats:.....

Geboortedatum:

1. Hoe bent u bij het Neurologie Centrum Amsterdam terecht gekomen?

- Via de huisarts
- Via de neuroloog
- Via een andere specialist
- Via een bekende
- Via het internet
- Via de apotheek
- Via een patiëntenbijeenkomst
- Via de fysiotherapeut
- Via een patiëntenvereniging
- Anders
namelijk,.....

2. Waar ben u al met uw hoofdpijnklachten geweest? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Huisarts
- Neuroloog
- Fysiotherapeut
- Chiropractor
- KNO-arts
- Tandarts
- Yoga
- Acupunctuur
- Psycholoog
- Anders namelijk

3. Is er elders aanvullend onderzoek gedaan? (EEG, scans van het hoofd, laboratoriumonderzoek, e.d.) Bij wie en waar?

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

4. Bent u zwanger?

- Ja
- Nee
- Nee, maar er is wel een zwangerschapswens
- Niet van toepassing



5. Heeft u werkzaamheden buitenshuis?

- Ja, namelijk
.....
- Nee

6. Rookt u?

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

7. Drinkt u dagelijks alcohol?

- Ja Hoeveel glazen?
- Nee

8. Drinkt u koffie / thee / cola?

- Ja Hoeveel per dag?
- Nee

9. Bent u allergisch voor: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Dieren, namelijk voor
- Geneesmiddelen, namelijk voor.....
- Pollen/zaden, namelijk voor.....
- Voedingsmiddelen, namelijk voor.....

10. Hoe lang heeft u al hoofdpijnklachten?

.....

11. Komt uw hoofdpijn in aanvallen?

- Ja
Hoe lang duurt de hoofdpijnaanval gemiddeld?
 - 0-4 uur
 - 4-72 uur
 - 72 uur – 7 dagen
 - Langer dan 7 dagenHoe vaak heeft u een hoofdpijnaanval?

<input type="radio"/> <1 keer per jaar	<input type="radio"/> 1-2 keer per week
<input type="radio"/> 1-4 keer per jaar	<input type="radio"/> 3-5 keer per week
<input type="radio"/> 5-11 keer per jaar	<input type="radio"/> Dagelijks
<input type="radio"/> 1 keer per maand	<input type="radio"/> Meerdere aanvallen per dag
<input type="radio"/> 2-4 keer per maand	
- Nee

12. Hoe voelt de hoofdpijn aan?

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

13. Waar zit de hoofdpijn meestal?

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

14. Kunt u gedetailleerder aangeven waar de hoofdpijn meestal in uw hoofd

- Voorhoofd
- Achterhoofd
- Bovenop het hoofd
- Achterhoofd onderaan bij de nek
- Boven het oor
- Boven/achter het oog
- Niet goed aan te geven

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

- Licht
- Matig
- Ernstig

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

- Ja
- Nee

17. Heeft u voorafgaand aan uw hoofdpijn last van?

- Visuele verschijnselen (bijv. lichtflitsen, schitteringen, vlekken voor de ogen)
- Spraakstoornissen (bijv. stotteren, praten met dubbele tong)
- Uitvalsverschijnselen (bijv. tintelingen, verlamming of spierzwakte in lichaamshelft)

18. Als u last heeft van de bovenstaande verschijnselen, hoe vaak wordt uw hoofdpijn vooraf gegaan door dergelijke verschijnselen?

- 0-33%
- 33-66%
- 66-100%

19. Hoelang duren deze verschijnselen dan?

- 4-15 minuten
- 16-30 minuten
- 31-45 minuten
- 46-60 minuten

20. Heeft u tijdens uw hoofdpijn last van: (meerdere antwoorden mogelijk)

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

21. Komt er hoofdpijn voor in uw familie?

- Ja
 - Vaders kant
 - Moeders kant
 - Beide ouders
- Nee
 - Broer of zus
 - Opa of oma
 - Oom of tante

22. Is uw hoofdpijnaanval gekoppeld aan uw menstruatieperiode?

- Ja
- Nee
- Soms
- Niet van toepassing
- Gebruikt u de pil?

23. Gebruikt u pijnstillers tegen uw hoofdpijn?

- 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
 - Per aanval
- Nee

24. Welke pijnstiller(s) gebruikt u momenteel tegen uw hoofdpijn?

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

25. Welke pijnstiller(s) heeft u in het verleden gebruikt tegen uw hoofdpijn?

En om welke reden bent u hiermee gestopt?

Pijnstillers

Reden om te stoppen

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

HURT

Kruis s.v.p. aan wat voor u geldt:

1. Op hoeveel dagen in de afgelopen maand had u last van hoofdpijn?

Geen	1-2	3-5	6-15	16+

2. Op hoeveel dagen in de afgelopen drie maanden had u door uw hoofdpijn moeite met werken, studeren of het verrichten van huishoudelijk werk?

Geen	1-5	6-10	11-20	21+

3. Op hoeveel dagen in de afgelopen drie maanden werden activiteiten met uw gezin/familie, vrijetijdsbezigheden of uw sociale activiteiten door uw hoofdpijn verpest of onmogelijk gemaakt?

Geen	1-5	6-10	11-20	21+

4. Op hoeveel dagen in de afgelopen maand heeft u medicatie gebruikt om hoofdpijn te verlichten? (Preventieve medicatie niet meetellen).

Geen	1-4	5-9	10-15	16+

5. Wanneer u uw hoofdpijnmedicatie inneemt, is één dosis dan voldoende om uw hoofdpijn weg te nemen en weg te houden?

Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit

6. Heeft u uw hoofdpijn onder controle?

Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit

7. Vermijdt of stelt u het innemen van medicatie tegen hoofdpijn uit omdat u de bijwerkingen vervelend vindt?

Noot	Zelden	Soms	Vaak	Altijd

8. Welke hoofdpijndiagnose is volgens u bij u gesteld? Heeft u het gevoel dat u deze diagnose begrijpt? (A.u.b. één hokje aankruisen)

Ja	Nee

Gestelde diagnose: