Fragebogen Telefonisches Interview Integrierte Versorgung

Bitte zukünftig bei allen IGV-PatientInnen Teilnahmevoraussetzungen beim ersten Telefonat/bei der Terminvereinbarung prüfen.

Name	Geburtsdatum

An wie vielen Tagen im Monat haben Sie Kopfschmerzen (mind. 5?)?
An wie vielen Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel gegen die Kopfschmerzen ein?
Waren Sie aufgrund der Kopfschmerzen schon einmal beim Arzt?
Wurde Ihnen eine Kopfschmerzdiagnose genannt?
An wie vielen Tagen im Monat sind Sie durch die Kopfschmerzen im Alltag eingeschränkt? (Arbeit, Haushalt, Freizeit)
Wie ist Ihr allgemeines Wohlbefinden auf einer Skala von 0-100? (0 extrem schlecht; 100 absolutes Wohlbefinden)