

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.

1 Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?

Nie

Selten

Manchmal

Sehr oft

Immer

2 Wie oft werden Sie durch Kopfschmerzen in Ihren normalen täglichen Aktivitäten eingeschränkt, z.B. in der Hausarbeit, im Beruf, in der Schule/im Studium, oder bei Kontakten und Unternehmungen mit anderen Menschen?

Nie

Selten

Manchmal

Sehr oft

Immer

3 Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?

Nie

Selten

Manchmal

Sehr oft

Immer

4 Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für Ihre täglichen Aktivitäten?

Nie

Selten

Manchmal

Sehr oft

Immer

5 Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?

Nie

Selten

Manchmal

Sehr oft

Immer

6 Wie oft haben Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit oder die täglichen Aktivitäten zu konzentrieren?

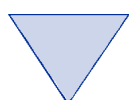
Nie

Selten

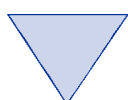
Manchmal

Sehr oft

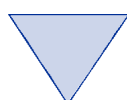
Immer



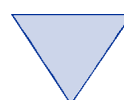
+



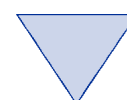
+



+



+



SPALTE 1
(je 6 Punkte)

SPALTE 2
(je 8 Punkte)

SPALTE 3
(je 10 Punkte)

SPALTE 4
(je 11 Punkte)

SPALTE 5
(je 13 Punkte)

Zur Auswertung zählen Sie bitte die Punkte in allen Spalten zusammen.

Bitte zeigen Sie Ihrem Arzt das Ergebnis dieses Fragebogens (HIT-6).

Gesamtpunktzahl

Eine höhere Punktzahl bedeutet stärkere Auswirkungen von Kopfschmerzen auf Ihr Leben.

Die Punktzahlen liegen zwischen 36 und 78.

