

## Medizinische Notfallkarte Cluster-Kopfschmerz (CK)

(Letzte Aktualisierung \_\_\_\_\_)

Bitte Bleistift benutzen, um Aktualisierungen zu erlauben.

Der Inhaber dieser Karte: \_\_\_\_\_

ist diagnostiziert als **Cluster-Kopfschmerz-Patient**  
wie in ICHD-II Code: 3.1 definiert.

### Beschreibung

Starke oder sehr starke einseitig orbital, supraorbital und/oder temporal lokalisierte Schmerzattacken, die unbehandelt 15 bis 180 Minuten anhalten. Begleitend tritt wenigstens eines der nachfolgend angeführten Charakteristika auf: ipsilaterale konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation, ipsilaterale nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe, ipsilaterales Lidödem, ipsilaterales Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichtes, ipsilaterale Miosis und/oder Ptosis, körperliche Unruhe oder Agitiertheit. Die Attackenfrequenz liegt zwischen 1 Attacke jeden 2. Tag und 8 / Tag. Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.

-----hier falten-----

### Persönliche Daten

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### Im Notfall bitte verständigen:

Name: \_\_\_\_\_ Verhältnis: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Verhältnis: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ dienstl.: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

-----hier falten-----

Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse (optional)

Kasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

## Notfallbehandlung:

100 % Sauerstoff mittels Non-Rebreather-Maske verabreichen,  
7-15 l/Minute

Leitlinie Cluster-Kopfschmerz der Deutschen Gesellschaft  
für Neurologie:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-036.html>

### CK reagiert NICHT auf die übliche Migräne-Therapie

Bestätigt durch: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_

Mein Arzt hat bisher \_\_\_\_\_  
erfolgreich verordnet.

### Diagnose Cluster-Kopfschmerz bestätigt

durch: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

episodisch  chronisch

### Allergien

Medikamente:

Antibiotika:

Penicillin  Sulfonamide  Tetracyclin  andere: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel/Anästhetika:

Kodein  Demerol  Lidocain

Morphine  Novocain  Nitroglycerin

andere

umweltbedingt

Insektenstiche

Nahrungsmittel

Latex  Röntgen-Kontrastmittel

keine bekannten Allergien

### Weitere Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CK-Medikation

Medikament	Dosierung	Häufigkeit	Grund
------------	-----------	------------	-------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Andere Medikationen

Medikament	Dosierung	Häufigkeit	Grund
------------	-----------	------------	-------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Bei Bedarf die Rückseite benutzen