



Kopfschmerz-Fragebogen

Liebe Eltern,

Ihr Kind leidet unter wiederholt auftretenden Kopfschmerzen und soll untersucht werden. Um uns die Beurteilung und Diagnostik zu erleichtern bitten wir Sie - möglichst gemeinsam mit Ihrem Kind - diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

(Bitte Nichtzutreffendes streichen, Zutreffendes ankreuzen und evtl. Ergänzungen einfügen!)

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Seit wann treten die Kopfschmerzen auf?

- Seit kurzem seit ____ Monaten seit ____ Jahren

Wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

- selten häufig täglich
 1x/Monat ____x/Monat ____x/Woche

Beginnen die Kopfschmerzen zu bestimmten Zeiten?

- morgens mittags abends
 während der Schule nach der Schule aus dem Schlaf heraus
 ohne zeitliche Bindung _____
 an Wochenenden / in den Ferien sind sie weniger stark ausgeprägt

Die Beschwerden dauern:

- ____Minuten bis 1 Stunde bis 5 Stunden
 über 5 Stunden 1 Tag mehrere Tage

Sie werden angegeben:

- in der Stirn in den Schläfen im Hinterkopf
 im Nacken

Die Schmerzen sind:

- pochend pulsierend klopfend
 dumpf bohrend stechend
 drückend

Geht mit den Kopfschmerzen Erbrechen einher?

- niemals selten häufig
 regelmäßig nur morgens

Werden die Kopfschmerzen von zusätzlichen Erscheinungen begleitet?

- Übelkeit starker Schwindel Augenflimmern
 Lähmungen Sprechstörungen Gefühlsstörungen

Wird Ihr Kind durch seine Beschwerden beeinträchtigt?

- nein wenig stark
 möchte sich hinlegen möchte den Raum verdunkelt haben (Lichtempfindlichkeit)
 Sonstiges: _____

Welche Probleme werden durch die Kopfschmerzen Ihres Kindes hervorgerufen?

(Belastungen, Beschwerden und Beeinträchtigungen aus Sicht der Familie)

Wie waren Häufigkeit und Stärke der Beschwerden in den letzten 3 Monaten?
Häufigkeit: abnehmend unverändert zunehmend
Stärke: abnehmend unverändert zunehmend

Gibt es auslösende Ursachen?
 nein Stress Nahrungsmittel
 Änderung der Wetterlage andere Ursachen: _____

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Gehirnerschütterung?
 nein ja
 Wenn ja: Wann? Bei welcher Gelegenheit? Erfolgte eine Behandlung im Krankenhaus (wo)?

Hat Ihr Kind...
 Schnupfen behinderte Nasenatmung
...und wenn ja wie oft?
 selten häufig

Schnarcht Ihr Kind im Schlaf?
 ja nein

Welche Medikamente wurden bisher gegeben?
 keine Paracetamol (z.B. Ben-u-ron®) Ibuprofen (z.B. Nurofen®)
 Andere Medikamente: _____
Haben diese Medikamente geholfen?
 ja nein

Ihr Kind besucht:
 den Kindergarten die ____ Klasse folgender Schule: _____
Es bestehen Schulprobleme:
 ja nein
Die schulischen Leistungen sind:
 sehr gut gut befriedigend
 ausreichend schlecht

Wie oft sieht Ihr Kind fern oder spielt Computer/Tablet etc.?
 selten (etwa ____ h/Tag) häufig (etwa ____ h/Tag) sehr oft (etwa ____ h/Tag)
 gar nicht

Haben andere Familienmitglieder ebenfalls Kopfschmerzen/Migräne?
 nein ja
 Wenn ja, wer? (Mutter/Vater/Geschwister/andere Familienmitglieder)

Wurde Ihr Kind bereits einem Augenarzt vorgestellt?
 nein ja
 Wenn ja: Wann? Wem? Mit welchem Ergebnis?

Trägt Ihr Kind eine Brille?
 nein ja

Wurde wegen der Beschwerden bereits ein anderer Arzt/ein Krankenhaus konsultiert?
 nein ja
 Wenn ja: Wann? Wer? Mit welchem Ergebnis?

Datum _____

Unterschrift _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!