

Patientenfragebogen - Kopfschmerzen

Name: _____

Datum: _____

Geb.-Dat.: _____

Liebe Eltern, Ihr Kind soll wegen wiederholt auftretender Kopfschmerzen untersucht werden. Um uns die Beurteilung zu erleichtern, bitten wir Sie – möglichst gemeinsam mit Ihrer Tochter / Ihrem Sohn, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an (manchmal können auch mehrere Aussagen zutreffen) bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen. Bitte führen Sie den Kopfschmerzkalender über mindestens 3 bis 4 Wochen, um die Häufigkeit der Kopfschmerzen und die begleitenden Umstände besser einschätzen zu können.

1. Seit wann treten die Kopfschmerzen auf?

- seit kurzem seit ___ Monaten seit ___ Jahren

2. Wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

- täglich ___x / Woche ___x / Monat

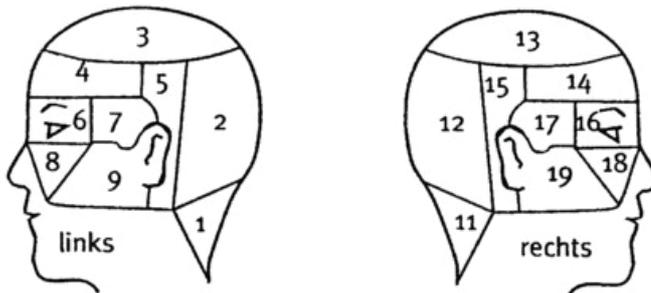
3. Beginnen die Kopfschmerzen meistens zu bestimmten Zeiten?

- aus dem Schlaf heraus morgens mittags abends
 während der Schule nach der Schule
 ohne zeitliche Bindung
 am Wochenende / in den Ferien sind sie seltener

4. Die Beschwerden dauern ungefähr:

- ___ Minuten ___ Stunden 1 Tag ___ Tage

5. Lokalisation der Kopfschmerzen:



Bitte lassen Sie Ihr Kind die Region der Schmerzen in der Skizze ausmalen.

6. Die Schmerzen sind:

- pochend pulsierend dumpf drückend stechend bohrend

7. Geht mit den Kopfschmerzen Erbrechen einher?

- niemals selten häufig regelmäßig v.a. morgens

8. Werden die Kopfschmerzen von zusätzlichen Erscheinungen begleitet?

- Übelkeit Schwindel Augenflimmern Lähmungen Sprechstörungen
 Gefühlsstörungen _____

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

9. Ist das Kind durch die Schmerzen beeinträchtigt?

- nein wenig stark muss seine Aktivität unterbrechen
 möchte sich hinlegen ist lichtempfindlich / geräuschempfindlich

10. Wie waren Häufigkeit und Stärke der Beschwerden in den letzten 3 Monaten?

- Häufigkeit: abnehmend Stärke: abnehmend
 unverändert unverändert
 zunehmend zunehmend

11. Gibt es auslösende Ursachen:

- nein Stress Nahrungsmittel Wetter andere: _____

12. Hatte Ihr Kind schon einmal eine Gehirnerschütterung?

- nein ja : wann, bei welcher Gelegenheit, war es im Krankenhaus?

13. Was hilft gegen die Kopfschmerzen?

- _____

14. Wurden bisher bereits Medikamente gegen Schmerzen gegeben?

- nein ja, welche: _____, wie oft?: ___x/Monat
 ja, welche: _____, wie oft?: ___x/Monat
 ja, welche: _____, wie oft?: ___x/Monat

15. Das Kind besucht:

- den Kinderkarten die ___ Klasse (Haupt-/Regelschule / Gymnasium / Förderschule)
die Schulleistungen sind: sehr gut gut befriedigend ausreichend schlecht
Es bestehen Schulprobleme: nein ja, _____

16. Das Kind sieht fern bzw. spielt Computer:

- gar nicht selten häufig sehr oft

17. Folgende Medikamente werden regelmäßig genommen?

- keine

18. Es bestehen folgende bekannte Erkrankungen?

- keine

19. In der Familie leiden folgende Personen an Migräne oder chron. Kopfschmerzen:

- keiner Mutter Vater Geschwister andere: _____

20. Das Kind wurde zur Abklärung bereits einem anderen Arzt vorgestellt:

- nein
 ja , wem?: _____ wann?: _____
wem?: _____ wann?: _____

1. Ihre Frage und Bemerkungen:

