



Kopfschmerz-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

(Name)

(Datum)

Du möchtest/Ihr Kind soll aufgrund wiederkehrender Kopfschmerzen bei uns untersucht werden. Um uns die Beurteilung der Symptome zu erleichtern, bitten wir Dich/Sie – gemeinsam mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn – diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

(Zutreffendes ankreuzen, ggf. Mehrfachnennungen, evtl. Ergänzungen einfügen)

Seit wann und wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

- seit kurzem, seit _____ Wochen/Monaten/Jahren
 selten, häufig, täglich, wechselnd, ___x/Woche, ___x/Monat, ___x/Jahr

Beginnen die Kopfschmerzen meist zu bestimmten Zeiten/Anlässen?

- aus dem Schlaf heraus, morgens, mittags, abends, unterschiedlich
 während der Schule häufiger, nach der Schule häufiger, _____
 am Wochenende seltener, in den Ferien seltener

Die Beschwerden dauern:

- ___ Minuten, über 1 Stunde, über 5 Stunden, 1 Tag, mehrere Tage, unterschiedlich

Die Schmerzen werden angegeben:

- Im Bereich der Stirn, der Schläfen, des Hinterkopfes, _____
 einseitig _____, beidseitig, unterschiedlich

Geht mit den Kopfschmerzen Erbrechen einher?

- nie, selten, häufig, immer, morgens

Werden die Kopfschmerzen von zusätzlichen Erscheinungen begleitet?

- Übelkeit, Schwindel, Augenflimmern, Lähmung, Sprechstörung,
 Gefühlsstörungen/Kribbeln
 sonstiges _____

Wirst Du/Wird Ihr Kind durch seine Kopfschmerzen beim Spielen, in der Schule, etc. beeinträchtigt?

- Nein, wenig, stark, möchte sich hinlegen, möchte den Raum abgedunkelt haben (Lichtempfindlichkeit),
 sonstiges _____

Wie waren Häufigkeit und Stärke der Kopfschmerzen in den letzten drei Monaten?

Häufigkeit: abnehmend, unverändert, zunehmend

Stärke: abnehmend, unverändert, zunehmend

Gibt es typische auslösende Ereignisse?

- Nein, Stress, Nahrungsmittel, Wetterwechsel,
 andere Ursachen _____

Hast Du/Hat Ihr Kind schon mal eine Gehirnerschütterung oder eine andere Kopfverletzung erlitten?

Nein, Ja: wann?, was ist passiert?

Hast Du/Hat Ihr Kind

Schnupfen, eine behinderte Nasenatmung?, selten, häufig

Schnarchst Du/Schnarcht Ihr Kind nachts?

Nein, Ja, Manchmal

Hast Du/Hat Ihr Kind eine andere chronische oder immer wiederkehrende Erkrankung z.B. Allergie, Diabetes, Anfallsleiden?

Nein, Ja: _____

Gibt es andere Familienmitglieder mit häufigen Kopfschmerzen oder Migräne?

Nein, Ja: _____

Wurdest Du/Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht?

Nein, Ja, Ergebnis: _____

Wurdest Du/Wurde Ihr Kind wegen seiner Beschwerden von anderen Fachärzten untersucht?

Nein, Ja: HNO-Arzt, Orthopäde, Zahnarzt, sonst _____

Ergebnis: _____

Wurde schon einmal eine Computertomographie (CT) oder eine Kernspintomographie (MRT) des Kopfes durchgeführt?

Nein, Ja, wann _____

Ergebnis: _____

Wurden aufgrund der Beschwerden bereits Medikamente gegeben?

keine, selten, häufig

Aspirin®, Paracetamol, Ibuprofen (z.B. Nurofen®), andere _____

Besserung der Beschwerden auf Medikamente: Nein, Ja, unterschiedlich

Wurden andere Therapiemaßnahmen durchgeführt?

Welche?/Ergebnis:

Fragen, Ergänzungen, Bemerkungen:

Vielen Dank für Deine/Ihre Mitarbeit.