

# 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

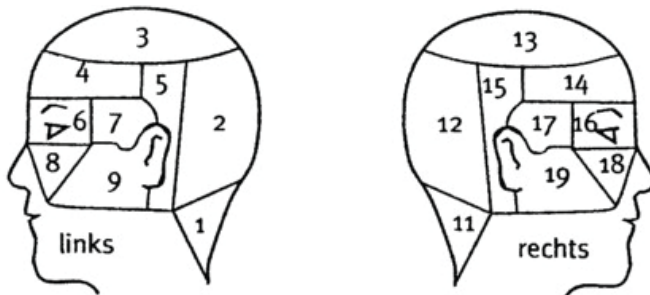
**3. Beginnen die Kopfschmerzen meistens zu bestimmten Zeiten?**

- 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:**

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

