Kopfschmerz-Fragebogen

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

....
Vorname Nachname Geburtsdatum

Seit wann und wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?
☐ seit kurzem / seit ..... Monaten / ..... Jahren
☐ selten ☐ häufig ☐ täglich ☐ .....x/Woche ☐ 1x/Monat ☐ .....x/Monat

Beginnen die Kopfschmerzen meist zu bestimmten Zeiten?
☐ aus dem Schlaf heraus ☐ morgens ☐ mittags ☐ während/ ☐ nach der Schule
☐ abends ☐ ohne zeitliche Bindung ☐ .....
☐ am Wochenende / 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 ☐ Lähmung ☐ Sprechstörung
☐ Gefühlsstörungen

Wird das Kind durch seine Beschwerden beeinträchtigt?
☐ Nein ☐ wenig ☐ stark ☐ möchte sich dabei hinlegen
☐ möchte den Raum verdunkelt habe (Lichtempfindlichkeit)

Sonstige Angaben .....

Bitte wenden!

Welche Probleme werden durch die Kopfschmerzen Ihres Kindes hervorgerufen? (Belastungen, Beschwerden und Beeinträchtigungen aus der Sicht der Familie)

.....

.....

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

Häufigkeit: ☐ abnehmend ☐ unverändert ☐ zunehmend

Stärke: ☐ abnehmend ☐ unverändert ☐ zunehmend

Gibt es auslösende Ursachen?

☐ Nein ☐ Stress ☐ Nahrungsmittel ☐ Änderung der Wetterlage (Föhn, Gewitter)

☐ Andere Ursachen, welche:.....

Hat Ihr Kind schon einmal eine Gehirnerschütterung durchgemacht?

☐ nein ☐ ja: wann, bei welcher Gelegenheit, war es im Krankenhaus (wo)?

.....

.....

Hat das Kind

☐ Schnupfen ☐ behinderte Nasenatmung? ☐ selten ☐ häufig **schnarcht nachts**: ☐ ja ☐ nein

Wurden bisher bereits Medikamente gegeben?

☐ keine ☐ Aspirin® ☐ Paracetamol (z. B. Ben-u-ron®) ☐ Ibuprofen (z. B. Nurofen®)

☐ Saft ☐ Zäpfchen ☐ (Brause)-Tabletten

☐ andere Medikamente, welche(s)? .....

☐ mit ☐ ohne Besserung

Das Kind besucht:

☐ den Kindergarten ☐ die ..... Klasse folgender Schule: .....

Die Schulleistungen sind: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ schlecht

Es bestehen Schulprobleme: ☐ ja ☐ nein

Das Kind sieht fern bzw. spielt Computer?

☐ gar nicht ☐ selten ☐ häufig ☐ sehr oft

In der Familie haben außerdem noch

☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne ☐ niemand ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ sonstige Familienmitglieder

.....

.....

Das Kind wurde bereits einem Augenarzt vorgestellt:

☐ nein ☐ wenn ja, mit welchem Ergebnis? ☐ unauffällig ☐ .....

Brille: ☐ ja ☐ nein

Wegen der Beschwerden wurde schon ein anderer Arzt, eine andere Klinik konsultiert:

☐ nein ☐ wenn ja, wer / wann und mit welchem Ergebnis?

.....

.....

Fragen, Ergänzungen, Bemerkungen:

.....

.....

.....