

Name:	Kopfschmerzfragebogen		
	Patientenstammnummer:		
	Datum:	Alter:	Jahre

Seit wann? (z. B. Frühjahr 2008)

seit ca. _____

Wie oft?

- fast täglich
- 1-2x pro Woche
- alle 2-3 Wochen
- alle 4-6 Wochen
- wechselnd mit längeren Pausen

Wie lange anhaltend?

- kurz
- mehrere Stunden
- über Nacht
- 1-2 Tage

Wo am Kopf?

- hinter den Augen
- über den Augen
- Stirn
- Schläfen
- seitlich
- hinten
- oben
- überall
- eher einseitig
- links
- rechts
- meist beidseitig
- wechselnd

Schmerzen

- drückend
- pochend
- stechend
- dumpf
- spitz
- plötzlicher Beginn
- allmählicher Beginn
-

Wie groß ist der „Mediengebrauch“ pro Tag?

Handy + Internet + Fernsehen ZUSAMMEN täglich

- Unter 2 Std.
- 2-3 Std.
- 3-4 Std.
- Über 4 Std.

Tageszeit

- morgens
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- wechselnd
- auch am Wochenende
- auch in Ferien

Unterbricht Ihr Kind wegen der Schmerzen **Tätigkeiten**, die es gerade gerne wahrnimmt (z.B. Spielen)

- Ja
- Nein

Begleitsymptome

- gelegentlich Übelkeit
- eventuell Erbrechen
- Schwindel
- Blässe
- Ringe unter den Augen
- Punkte o. ähnliches vor den Augen
- Lichtempfindlichkeit
- Lärmempfindlichkeit

Auslöser

- Körperliche Anstrengung
- Stress
- Stickige Luft
- Wetterwechsel
- Zusammenhang mit Nahrungsmitteln

Was hilft?

- Ruhen
 - Schlaf
 - Kalter Waschlappen
 - Medikamente welche?
- _____

Beim Augenarzt gewesen?

- Ja, Ergebnis: _____
- Nein

Beim HNO-Arzt gewesen?

- Ja, Ergebnis: _____
- Nein

Familie

Gibt es in der Familie weitere Personen mit gelegentlichen/häufigen Kopfschmerzen?

- Ja
- Nein

Wer?:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Hatte jemand früher öfter stärkere Kopfschmerzen? Wer?

Hat Ihr Kind morgendliche Anlaufschwierigkeiten?

- Ja
- Nein
- Welche? _____

Schwindel nach raschem Aufstehen aus Bett, Couch, Hocke?

- Ja
- Nein

Schulprobleme

- Ja
- Nein

Derzeit familiäre Probleme/Konflikte?

- Krankheit
- Todesfall
- Elternstreit
- Trennungssituation
- Keine Probleme

Geschwister?

- Anzahl: _____
- Alter: _____
- Probleme untereinander

Regelmäßiger Kontakt zu Freunden?

- Ja
- Nein

Zeckenbiss?

- Ja
- Nein

Allergien?

- Ja
- Nein

Kopfschmerzfragebogen

Bestehen außer Kopfschmerzen auch gleichzeitig

- Nackenschmerzen
- Bauchschmerzen
- Rückenschmerzen
- Ängstlichkeit oder Angst
- Schlafprobleme

Ist die Familie mit der Wohnungssituation zufrieden?

- Ja
- Nein

Gibt es in der Familie Spannungen?

- Ja
- Nein

Gibt es in der Familie Geldsorgen ?

- Ja
- Nein

Gibt es im Wochenzeitplan auch unverplante Zeit?

- Ja
- Nein

Wann?

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Sind die Eltern mit Ihrem Beruf/Arbeit zufrieden?

- Ja
- Nein

Wird die geschlossene Zimmertüre respektiert und vor Betreten angeklopft?

- Ja
- Nein

Sind die Eltern mit der Partnerschaft zufrieden?

Mutter

- Ja
- Nein

Vater

- Ja
- Nein