Kopfschmerzen

Liebe Eltern, lieber Patient,

Bei ______ sind immer wieder Kopfschmerzen aufgetreten, die Ihnen /
Dir jetzt so Sorgen machen, dass Sie deswegen in unsere Praxis kommen.

Um die Ursachen zu finden und dann eine Behandlung einzuleiten, brauchen wir Ihre/Deine Mithilfe. Bitte beantworten Sie alle Fragen dieses Fragebogens in Zusammenarbeit mit Ihrem Kind. Schicken Sie uns bitte den ausgefüllten Fragebogen so bald zurück, dass wir ihn vor dem ausführlichen Gesprächtermin lesen und beurteilen können. Zum Gesprächstermin bringen Sie dann bitte auch das Kopfschmerztagebuch wieder mit.

Der Fragebogen und das Kopfschmerztagebuch dient als Grundlage für die eingehende Untersuchung und das anschließende Gespräch zur Klärung der Ursachen und der Behandlung der Kopfschmerzen.



Kopfschmerzfragebogen

la	ame: Geburtsdatum:
	Seit wann bestehen Kopfschmerzen? Seit
	Sind diese Kopfschmerzen gleichbleibend oder werden sie immer stärker? gleichbleibend / stärker
	3. Wie oft im Monat treten Kopfschmerzen auf? Monat
	4. Treten die Kopfschmerzen immer häufiger auf? ja / nein
	5. Zu welchen Tageszeiten und bei welchen Gelegenheiten treten die Kopfschmerzen auf?
	6. Kommt es auch nachts oder morgens gleich nach dem Aufstehen zu Kopfschmerzen ? ja / nein
	7. Wie sind die Kopfschmerzen? dumpf / klopfend / stechend / einseitig / beidseitig /
	überall / schwach / mittel / stark / sehr stark
	8. Ändert sich das Aussehen Ihres Kindes während der Kopfschmerzen? ja / nein

9. Werden die Kopfschmerzen bei körperlicher Aktivität stärker? ja / nein
10.Kündigen sich die Kopfschmerzen vorher an ? Durch Gereiztheit / Heißhunger / Seh- Hör Riech – Gleichgewichts - oder Sprachstörungen? / nein
11a. Treten kurz vor oder während der Kopfschmerzen andere Störungen auf? Übelkeit / Erbrechen / Bauchschmerzen / Licht- oder Lärmempfindlichkeit oder wie unter 10. ? / Nein
11b. Dauern diese Störungen länger als die Kopfschmerzen? ja / nein
12. Beginnen die Kopfschmerzen allmählich / schlagartig?
13. Was vermuten Sie als auslösende Faktoren für die Kopfschmerzen
14. Wie lange dauern die Kopfschmerzen in der Regel an? Minuten Stunden
15. Nimmt die Dauer der Kopfschmerzen von Mal zu Mal zu / ab / bleibt in etwa gleich?
16. Was haben Sie bisher gegen die Kopfschmerzen unternommen?
17. Nimmt Ihr Kind Medikamente ? ja / nein Welche ?
18. Was tut Ihr Kind wenn es Kopfschmerzen hat
19. Wie lange dauert es, bis Ihr Kind sich von den Kopfschmerzen ganz erholt hat?

- 20. Sind Ihnen Veränderungen bei Ihrem Kind aufgefallen (schulisch / Verhalten / körperliche Zeichen)? nein / ja welche?
- 21. Gibt es andere Familienmitglieder mit Kopfschmerzen? nein / ja / welche?
- 22. Gibt es für Ihr Kind seelisch belastende Ereignisse in der Familie / Schule / bei oder mit Freunden? nein / ja / welche ?