

Patientenfragebogen – Kopf

Liebe Eltern,

aufgrund von wiederkehrenden Kopfschmerzen ist eine Vorstellung in unserer Sprechstunde geplant. Mit Ihrer Unterstützung kann dieser Termin und die weiteren Schritte, wie etwa Diagnostik und Therapie, mit Ihnen zielgerichtet geplant und besprochen werden!

Wir bitten Sie daher den vorliegenden Fragebogen auszufüllen und zu Ihrem Termin mitzubringen.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Datum: _____

Schule/Klasse: _____

Hobby/Sport: _____

Beginn der Kopfschmerzen Ihres Kindes:

_____/_____(Monat / Jahr) - Alter (ca.) bei Beschwerdebeginn _____

Beginn der Kopfschmerzen nach

akuter Erkrankung

Auslandsreise

sonstiges, z.B. besonderes Ereignis (z.B. Umzug, Einschulung, ...): _____

Wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

täglich: ___x/Tag, zuletzt: _____

wöchentlich: ___x/Woche, zuletzt: _____

monatlich: ___x/Monat, zuletzt: _____

Beschreibung der Kopfschmerzen

Charakter der Kopfschmerzen: drückend/dumpf stechend/bohrend
 ziehend pulsierend/hämmernd

Lokalisation der Kopfschmerzen (bitte markieren)



Dauer der Schmerzepisoden, ca.: _____

Auftreten zu bestimmten Tages-/Nachtzeiten: _____

Auftreten schleichend/plötzlich/mit Vorböten (welche): _____

Auftreten in Verbindung mit anderen Schmerzen: _____

Auftreten in Verbindung mit: Übelkeit Erbrechen Sehstörungen
 Hörstörungen Bewegungsstörungen

Wie stark sind die Kopfschmerzen?

leicht – mein Kind ist wenig beeinträchtigt

mittel – mein Kind unterbricht auch Tätigkeiten, die es mag, z.B. das Spiel

stark – sehr beeinträchtigt, z.B. Weinen, Rückzug

Was hilft gegen die Schmerzen:

Reizabschirmung (Licht, Geräusche, etc.): _____

Medikament, welches: _____

Ablenkung/Sonstiges: _____

Besserung am Wochenende/in den Ferien: _____

Vermutete Auslöser für Kopfschmerzen:

Schlafmangel: _____

Medien (h/Tag), welche: _____

ggf. psychologische Gründe (z.B. Stress, Belastungen o.ä.), welche: _____

bei jugendlichen Mädchen: es besteht ein Zusammenhang mit der Regelblutung

Bisherige Diagnostik:

Labor (Blut)

Vorstellung bei (Augen-, HNO-, Orthopädie-, Zahnärztin/-arzt), welche: _____

Bildgebung (Kopf, sonstige): _____

sonstige: _____

Mein Kind

hat Vorerkrankungen, welche: _____

hat eine besondere Ernährungsform (vegan, vegetarisch, laktosefrei..., seit wann): _____

hat Probleme mit Ein- oder Durchschlafstörungen: _____

nimmt regelmäßig Medikamente, welche: _____

nimmt regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel, welche: _____

hat Gewicht abgenommen (wieviel und seit wann): _____

hat Gewicht zugenommen (wieviel und seit wann): _____

hat aufgrund der Schmerzen in Kindergarten oder Schule gefehlt (wie oft und seit lange): _____

ist körperlich nicht mehr so leistungsfähig wie gleichaltrige Kinder

wäre gesund, wenn es keine Kopfschmerzen hätte

Therapieversuche:

Verhaltensveränderungen (Schlafhygiene, Nahrungsumstellung, etc.):

Medikamente, welche: _____

Familienanamnese

Geschwister: _____

die Eltern leben getrennt (seit): _____

Vorerkrankungen bei Verwandten: Kopfschmerzen/Migräne andere _____

Wurden bereits andere Maßnahmen wegen den Kopfschmerzen durchgeführt

(z.B. stationäre Behandlung, Kuraufenthalte, Psychotherapie, alternative Medizin, ...)

Nein Ja, folgende: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!