

## Kopfschmerzen – Elternfragebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Die Grundlage einer medizinischen Behandlung sind ausreichende Informationen. Je mehr über Erscheinungsbild, Umstände und Vorgeschichte einer Erkrankung bekannt ist, um so eher kann eine gezielte Behandlung erfolgen. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kopfschmerzen Ihres Kindes. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und lassen Sie keine Fragen aus.

### Seit wann bestehen die Kopfschmerzen?

Seit \_\_\_\_\_ Monaten.

Seit \_\_\_\_\_ Jahren.

### Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Monat Kopfschmerzen?

täglich  > 3x / Woche  2-3 x / Woche  1x / Woche  2-3x / Monat  1x / Monat

### Die Häufigkeit und Stärke der Kopfschmerzen waren in den letzten drei Monaten:

Häufigkeit:  abnehmend  unverändert  zunehmend

Stärke:  abnehmend  unverändert  zunehmend

### Wie lange dauern die Kopfschmerzen typischerweise an? (einschließlich Nachtschlaf)

bis zu 1 Stunde  bis zu 3 Stunden  bis zu 6 Stunden  bis zu 12 Stunden

bis zu 24 Stunden  mehr als 1 Tag  unterschiedlich

### Sind die Kopfschmerzen von anderen Symptomen begleitet?

Übelkeit  Erbrechen  starker Schwindel  Augenflimmern  Lähmung, Sprachstörungen

Gefühlsstörungen

**Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan?**

(Medikamente, Kur, Entspannung usw.)

Maßnahme/ Behandlung	Dosis	Zeitpunkt und Dauer	Wirksamkeit 0=keine 5=gut	Nebenwirkungen

**Leidet Ihr Kind neben den Kopfschmerzen an einer anderen Erkrankung?**

- Ja, an \_\_\_\_\_  
 Nein

**Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?**

- Mutter                       vermutlich Migräne                       andere Kopfschmerzen  
 Vater                          vermutlich Migräne                       andere Kopfschmerzen  
 Geschwister                  vermutlich Migräne                       andere Kopfschmerzen  
 Großeltern                   vermutlich Migräne                       andere Kopfschmerzen  
 Nein

**Welche chronischen Erkrankungen kommen in Ihrer Familie vor?**

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

**Welche Probleme werden zurzeit durch die Kopfschmerzen Ihres Kindes hervorgerufen?**

(Belastung, Beschwerden und Beeinträchtigungen aus der Sicht der Familie)

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

**Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?**

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