

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Neuropädiatrie / Neonatologie
Dr. med. Christian Habelt und Julie Lichdi (angest.)
Kirchenstr. 4
82194 Gröbenzell
Tel.: 08142 – 9849
www.kinderarztpraxis-groebenzell.de



Kopfschmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Kinder und Jugendliche, liebe Eltern,

es gibt viele Arten von Kopfschmerzen, die in Eurer Altersklasse vorkommen können. Um Euch die besten Empfehlungen gegen die Schmerzen geben zu können und gemeinsam zu entscheiden, ob noch weitere Untersuchungen notwendig sind, müssen wir Eure Beschwerden so gut wie möglich kennenlernen. Dafür wäre es hilfreich, wenn Ihr gemeinsam mit Euren Eltern einige Fragen beantworten könntet. Teils können auch mehrere Antworten angekreuzt werden.

Bitte bringt den Fragebogen beim nächsten Termin mit oder gebt ihn schon vorher bei uns ab.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Seit wann hast Du Kopfschmerzen?

Seit ___ Wochen, ___ Monaten ___ Jahren

Wie häufig hast Du Kopfschmerzen? ___x/Woche ___x/Monat

Sind Deine Kopfschmerzen stärker oder häufiger geworden?

Ja, seit Nein

Wachst Du nachts von den Kopfschmerzen auf?

Ja Nein

Hast Du während der Kopfschmerzen noch Beschwerden? Streiche bitte an!

Übelkeit, Appetitlosigkeit, (Nüchtern-)Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Blässe, Gesichtsrötung, Bauchschmerzen, Doppelbilder, Blitze, Ameisenlaufen Arme/Beine, Taubheitsgefühl, Lähmung, Schwindel, Hörstörungen Probleme mit Sprechen oder Schlucken, Sturz, Bewusstlosigkeit, Augentränen, Nasenbluten, Gewichtsverlust, vermehrtes Durstgefühl?

Spürst Du schon vor den Kopfschmerzen etwas, dass es gleich beginnt?

Nein Ja, nämlich _____

Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens an? ___min ___Std.

Empfindest Du Deine Kopfschmerzen als pochend oder pulsierend?

- Nein Ja

Wo am Kopf sind die Schmerzen?

- Stirn Hinterkopf/Nacken seitlich an den Schläfen
 nur links
 nur rechts
 wechselnd auf beiden Seiten
 anhaltend auf beiden Seiten

Wie stark sind die Kopfschmerzen meistens?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Verschlimmern sich Deine Kopfschmerzen, wenn Du Dich körperlich anstrengst? (Treppensteigen, Sport)

- Ja Nein

Ich bin nach den Kopfschmerzen.....

- wieder fit müde und erschöpft

Was machst Du gegen Deine Kopfschmerzen?

- Hinlegen Abdunkeln Bewegung Kühlen
 Medikamente, welche und wie oft pro Monat? _____x/Monat

Wie oft musstest Du schon im Kindergarten oder Schule/Ausbildung fehlen?

___x innerhalb von _____(Monaten)

Wann warst Du zuletzt beim Augenarzt? (Monat/Jahr) _____

Hattest Du schon einmal eine

- Gehirnerschütterung, Kopfverletzung Zeckenbiss?

Gab/gibt es belastende Situationen in Kindergarten, Schule oder Familie?

- Nein Ja, welche?

Datum, Unterschrift