

Datum: 28.07.2022

Patient:
Mustermann, Max
Wildparkstraße 7 09247 Röhrsdorf
geboren: 01.01.2000

Kopfschmerz-Fragebogen

Bitte möglichst durch Eltern und Patienten gemeinsam auszufüllen

Seit wann und wie häufig treten die Kopfschmerzen auf?

- seit kurzem / seit Monaten / Jahren
 selten häufig täglich ...x/Woche 1x /Monat x/Monat

Beginnen die Kopfschmerzen meist zu bestimmten Zeiten?

- aus dem Schlaf heraus morgens mittags während / nach der Schule
 abends ohne zeitliche Bindung
 am Wochenende / in den Freien sind sie weniger stark ausgeprägt

Die Beschwerden dauern:

- Minuten bis 1 Stunde bis 5 Std. über 5 Std. 1 Tag mehrere Tage

Sie werden angegeben:

- in der Stirn (re./ li.) in den Schläfen (re./ li.) im Hinterkopf
 im Nacken

Die Schmerzen sind:

- pochend pulsierend dumpf bohrend stechend drückend

Geht der Kopfschmerz mit Erbrechen einher?

- niemals selten häufig regelmäßig nur morgens

Werden die Kopfschmerzen von zusätzlichen Erscheinungen begleitet?

- Übelkeit starker Schwindel Augenflimmern Lähmungen Sprechstörungen
 Gefühlsstörungen

Wird das Kind / wirst Du durch die Beschwerden beeinträchtigt?

- nein wenig stark möchte sich/mich hinlegen lichtempfindlich

Sonstige Angaben:

Welche Probleme werden durch die Kopfschmerzen hervorgerufen? (Belastungen, Beschwerden und Beeinträchtigungen aus der Sicht der Familie):

Wie waren Häufigkeit und Stärke der Beschwerden in den letzten drei Monaten?

- Häufigkeit: abnehmend unverändert zunehmend
Stärke: abnehmend unverändert zunehmend

Mustermann, Max

Gibt es auslösende Ursachen?

- nein Stress / Belastungen* Nahrungsmittel* Änderungen der Wetterlage andere Ursachen*

*: welche?.....

Hat Ihr Kind / hast Du schon einmal eine Gehirnerschütterung gehabt?

- nein ja (wann?, ambulante Vorstellung / stationäre Beobachtung erfolgt? wo?)

.....

Hat das Kind / hast Du

- Schnupfen behinderte Nasenatmung (selten, häufig) Schnarchen

Wurden bisher Medikamente angewendet?

- nein ja welche:
- (mit ohne Besserung)

Kindergarten / Schulbesuch:

- Kindergarten Schule - Schultyp / Klasse:
- Schulleistungen:
- Schulprobleme / Schulleistungsprobleme:

Fernsehdauer / Computerbenutzung:

- in der Woche:h/Tag
- am Wochenende:h/Tag
- Fernsehgerät/Computer im Kinderzimmer?

In der Familie haben auch:

- Kopfschmerzen: Mutter Vater andere:
- Migräne: Mutter Vater andere:

Erfolgte bereits eine augenärztliche Untersuchung?

- nein
- ja: wann: Ergebnis: Brille verordnet?

Erfolgte bereits eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Untersuchung?

- nein
- ja: wann: Ergebnis:

Ergänzungen, Fragen:

Praxis Tannenstraße
Dipl.-Med. Birgit Lange & Dr. med. Tilmann Hacker
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Tannenstr.17, 01097 Dresden

schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sonstige Anmerkungen: