

KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN

Bitte die folgenden Fragen sehr genau u. vollständig beantworten. Zutreffendes deutlich unterstreichen.
Nicht Zutreffendes durchstreichen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____ Tel.-Nr.: _____

Seit wann bestehen die Kopfschmerzen (= KS): _____

Wie oft traten die KS im letzten Viertel- / halben Jahr auf: _____ x pro Jahr / Monat / Woche / Tag

Wie lange halten die Kopfschmerzen an: _____ Tage / Stunden / Minuten

Schmerzstärke: 0 = kein / 1 = etwas / 2 = mäßig / 3 = mittel / 4 = deutlich / 5 = stark / 6 = sehr stark = stärkster

Wo sind die KS lokalisiert: einseitig / beidseitig Stirn / Schläfe = seitlich / Hinterkopf / überall

Schmerzcharakter: pulsierend oder pochend / dumpf bis ziehend / stechend

Zusätzliche Beschwerden: ja / nein Übelkeit / Erbrechen / Lichtempfindlichkeit / Lärmempfindlichkeit

Zu welcher Tageszeit: _____

Gibt es bestimmte Auslöser (*Lärm, Stress, Aufregung, Wetterumschwung, Erholungsphase oder andere*):

Nächtliches Aufwachen wegen der Kopfschmerzen: ja / nein

Morgendliches Nüchternerebrechen nach dem Aufstehen: ja / nein

Wegen der KS zur Änderung des Tagesablaufes gezwungen: nein / ja nur kurzzeitig / endgültig
(z. B. Unterbrechung des Schulunterrichtes, des Spielens, der Freizeitbeschäftigung)

Was hilft alles gegen die KS: _____

Kommt es dadurch zur Schmerzlinderung / Schmerzfreiheit: ja / nein u. wie lange: _____

Wann treten die KS nicht auf: _____

Was lenkt von den KS ab (Sport, Fernsehen, Lesen, Musikhören, spazieren gehen, Arbeit oder):

Was wurde vom Haus- oder Kinderarzt schon alles untersucht: _____

Welche anderen Ärzte oder Untersucher haben weitere Untersuchungen u. mit welchem Ergebnis durchgeführt:

ausgefüllt am: _____ Name, Vorname: _____