

# 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: .....