



Bitte die folgenden Fragen sehr genau und vollständig beantworten. Zutreffendes auswählen/ankreuzen.

KS = Kopfschmerzen

Name, Vorname Geburtsdatum Telefon

Seit wann bestehen die KS?

Wie oft traten die KS in den letzten 6 Monaten auf? mal pro 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

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

Schmerzcharakter? pulsierend oder pochend dumpf bis ziehend stechend

Zusätzliche Beschwerden? Übelkeit Erbrechen Lichtempfindlichkeit Lärmempfindlichkeit

Zu welcher Tageszeit haben Sie die Beschwerden?

Gibt es bestimmte Auslöser? Lärm Stress Aufregung Wetterumschwung Erholungsphase andere

Wenn andere Auslöser, welche?

Nächtliches Aufwachen wegen der Kopfschmerzen? Ja Nein

Morgendliches Nüchternbrechen nach dem Aufstehen? Ja Nein

Wegen der KS zur Änderung des Tagesablaufes gezwungen? Ja Nein nur kurzzeitig über Stunden
(z. B. Unterbrechung des Schulunterrichtes, des Spielens, der Freizeitbeschäftigung)

Was hilft alles gegen die KS?

.....

Kommt es dadurch zur Schmerzlinderung / Schmerzfreiheit? Ja Nein Wenn ja, wie Lange?

Wann treten die KS nicht auf?

Was lenkt von den KS ab?

Was wurde vom Haus- oder Kinderarzt schon alles untersucht?

.....

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

.....

.....

ausgefüllt am Von wem ausgefüllt?