



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 Nüchternerebrechen 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? .....