



KOPFSCHMERZFRAGEBOGEN

(bitte zutreffendes unterstreichen / einkreisen)

Seit wann gibt es die Kopfschmerzen ? _____ Wochen / Monaten / Jahren

Ist eine **Verletzung** des Kopfes ? / Unfall vorausgegangen ? Ja nein

Kam es im Rahmen der Kopfschmerzen zu morgendlichen **nüchtern Erbrechen** ? ja nein

Verlauf : Die Beschwerden sind , haben in den letzten 3 Monaten:

gleich geblieben _____ % abgenommen _____ % zugenommen

Gibt es Kopfschmerzen / Migräne **in der Familie** ?

Nein Mutter Vater Großeltern Geschwister

Wie **häufig im Monat** kommt es zu Kopfschmerzen (letzte 6 Monate) ?
(unterstreichen) 5x 10x 15x > 15x

Wie häufig im Monat ist deswegen der **Schulbesuch ausgefallen** oder abgebrochen worden ?

Wann treten die Kopfschmerzen überwiegend auf ? (unterstreichen)

Vormittags / nach der Schule / Kindergarten / abends

Wie sind die Beschwerden ? drückend einseitig beidseitig
(unterstreichen) ziehend pulsierend _____

Die Stärke ? der Beschwerden als Mittelwert auf einer **Skala von 0 bis 10** beträgt : _____

Die Dauer der Bescherden ?

betrugen durchschnittlich: _____ Min. _____ Stunden _____ Tage

Welche Symptome treten auf /

Stärke ?
Stärke 0 bis 10

Dauer ?
Dauer / Min

- a) *Lichtempfindlichkeit* _____
- b) *Geräuschempfindlichkeit* _____
- b) *Übelkeit:* nein ja _____
- c) *Erbrechen* nein ja _____
- d) *Wann* ? morgens mittags abends _____

Kommt es zu ? Doppelbildern Schielen Lähmungen Schwindel
(unterstreichen) Sehstörungen Augentränen _____

Was hilft gegen die Beschwerden: Ablenkung / spielen / körperliche Aktivität
(unterstreichen) hinlegen, schlafen / abdunkeln sonstiges:

Wo sind die Beschwerden: bitte Rückseitig aufmalen / aufschreiben .

Bemerkungen : _____

Ausgefüllt von : (Vater / Kind / Mutter) Unterschrift : _____

Berlin, den _____