

## KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN FÜR ELTERN

Liebe Eltern,

vor der kinderneurologischen Visite Ihres Sohnes/Ihrer Tochter bitten wir Sie höflichst, diese Fragen zu beantworten, die uns helfen zu verstehen, welche Art von Kopfschmerzen Ihr Sohn/Ihre Tochter hat.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und lassen Sie keine aus.

Kopfschmerzen sind ein komplexes Phänomen und jede Information ist hilfreich, um ihre Eigenschaften zu verstehen.

Wenn es Fragen gibt, die schwer zu verstehen sind, markieren Sie sie bitte mit einem Fragezeichen. Wir werden sie während der Visite besprechen.

Alle in diesem Fragebogen und bei der ärztlichen Visite gesammelten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Berufsgeheimnis.

DANKE

### INFORMATIONEN ZUR FAMILIE

#### 1) Die Eltern sind:

- verheiratet
- zusammenlebend
- getrennt/geschieden seit ..... Monaten/Jahren
- alleinerziehend
- verwitweter Elternteil

#### 2) Mit wem lebt das Kind vorwiegend zusammen?

- biologischen Eltern
- biologischer Mutter
- biologischem Vater
- biologischen Mutter mit Lebensgefährten
- biologischem Vater mit Lebensgefährtin
- Adoptiveltern
- Großeltern oder Verwandte
- Pflegeeltern
- Vormund
- Anderen.....

### 3) Wer hat die elterliche Vollmacht?

- beide Elternteile
- Mutter
- Vater
- eine andere Bezugsperson .....

## INFORMATIONEN ZU DEN KOPFSCHMERZEN

### 1) Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?

- ..... Wochen
- .... Monaten
- 1 Jahr
- mehrere Jahre
- Anderes.....

### 2) Begannen die Kopfschmerzen mit einem besonderen Ereignis?

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, was ist passiert?

- Ist Ihr Kind erkrankt?
- Hat Ihr Kind eine Kopfverletzung erlitten?
- Sind Sie umgezogen?
- Hat Ihr Kind die Schule gewechselt?
- Wurde Ihr Kind in der Schule gemobbt?
- Haben Sie sich getrennt?
- Ist der beste Freund/die beste Freundin Ihres Kindes umgezogen?
- Anderes.....

### 3) Wie häufig sind die Kopfschmerzen?

- einmal im Jahr
- mehrmals im Jahr
- einmal im Monat
- mehrmals im Monat
- einmal in der Woche
- mehrmals in der Woche
- einmal am Tag
- mehrmals am Tag
- immer/ständig

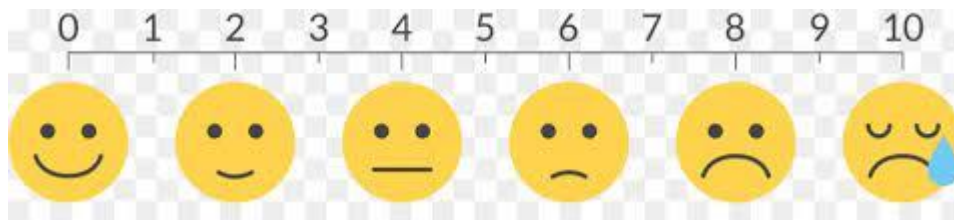
### 4) Wann klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen?

- |  |                                |                                   |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zu jeder Zeit         | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> beim Aufwachen        | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> vor dem Schulbesuch   | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> in der Schule         | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> nach Schulschluss     | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> zu Hause              | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> während des Schlafens | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> Anderes.....          |                                |                                   |

**5) Wie lange dauern die Kopfschmerzen an?**

- Minuten - ungefähr.....Minuten
  - Stunden – ungefähr .....Stunden
  - Tage - ungefähr.....Tage
  - Wochen
  - Monate
- Geht es ihm/ihr zwischen den Kopfschmerzen gut?     JA     NEIN

**6) Wie stark sind die Kopfschmerzen Ihres Kindes?**



**7) Wie verhält sich Ihr Kind während der Kopfschmerzen?**

- unterbricht die jeweilige Tätigkeit (Spiel, Hausaufgaben)
  - legt sich hin
  - spielt weiter
  - liest weiter
  - schaut weiter fern
  - Anderes.....
- .....

**8) Gibt es eine bestimmte Stelle, an der Ihr Kind die Kopfschmerzen verspürt?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, zeichnen Sie bitte die Stelle/n an der abgebildeten Figur ein.



**9) Treten während der Kopfschmerzen auch andere Symptome auf?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA**:

- Übelkeit
- Erbrechen
- Lichtempfindlichkeit
- verträgt nicht laute Geräusche
- ist blass
- ist müde oder lustlos
- ist nervös
- kann sich nur mit Mühe konzentrieren
- hat Sehstörungen
- sieht Lichtblitze, funkelnde Bilder, Sterne, Zickzacklinien
- klagt über Kribbeln an der Hand oder im Gesicht
- hat Bauchschmerzen
- ist schwindelig
- hat ein gerötetes Auge
- hat ein tränendes Auge
- hat die Nase verstopft
- hat eine laufende Nase
- hat das Oberlid eines Auges abgesenkt
- hat ein geschwollenes Auge
- hat Schweiß auf der Stirn oder im Gesicht
- Anderes

.....

**10) Gibt es Wochentage, an denen die Kopfschmerzen häufiger auftreten?**

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag
- es gibt keinen besonderen Tag

**11) Gibt es eine bestimmte Jahreszeit, in denen die Kopfschmerzen häufiger auftreten?**

- Frühling
- Sommer
- Herbst
- Winter
- es gibt keine besondere Jahreszeit

**12) Was trägt zur Verschlechterung der Kopfschmerzen bei?**

- Bewegung, sportliche Tätigkeit
- Verwendung des Computers über eine längere Zeit
- Verwendung des Handys über eine längere Zeit
- Schlafmangel
- Husten
- Anderes .....
- Ich weiß es nicht.

**13) Was verbessert die Kopfschmerzen oder lässt sie aufhören?**

- Ruhe
- Hinlegen
- Spielen
- an die frische Luft gehen
- mit Freunden sprechen
- Sport betreiben
- Fernsehen
- am Computer spielen
- Anderes.....

.....

**14) Haben die Kopfschmerzen Ihres Kindes in den letzten 3 Monaten es daran gehindert, seinen Lieblingsbeschäftigungen nachzugehen, z. B. sich mit Freunden zu treffen, zu spielen oder Sport zu betreiben?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, was konnte er/sie im Besonderen nicht tun?

.....  
.....

**15) Haben die Kopfschmerzen Ihres Kindes in den letzten 3 Monaten es daran gehindert, zur Schule zu gehen?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, ging er/sie nicht zur Schule

- für .....Tage
- für ..... Wochen
- Anderes.....

.....

**16) Haben die Kopfschmerzen Ihres Kindes es in den letzten 3 Monaten daran gehindert, eine geliebte Tätigkeit auszuführen?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, was genau?

.....  
.....

**THERAPIEN UND UNTERSUCHUNGEN, DIE BIS ZUM ZEITPUNKT DIESER VISITE DURCHGEFÜHRT WURDEN**

**1) Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche

Name Medikament	Dosierung	Wie oft?	Seit wann?
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**2) Wurden wegen der Kopfschmerzen bereits Untersuchungen durchgeführt?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- Blutproben
- Augenärztliche Visite
- HNO-Visite
- Kieferorthopädische Visite
- Anderes

.....  
.....

**3) Wurden wegen der Kopfschmerzen bereits Diäten eingehalten?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- Laktosefreie Diät
- Histaminarme Diät
- Anderes.....

.....

**4) Wurden gegen die Kopfschmerzen bereits komplementärmedizinische Therapien durchgeführt?**

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- Akupunktur
- Osteopathie
- Anderes.....

.....

**5) Ist/war Ihr Kind derzeit oder in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung?**

- NEIN
- JA

**Gibt es zusätzliche wichtige Informationen Ihrerseits?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**NAME UND VORNAME** .....

**VATER/MUTTER VON**.....

**GEBURTSDATUM:** .....

DANKE FÜR DIE MITARBEIT!

Für weitere Fragen schreiben oder rufen Sie bitte an:

Dienst für Kinder- und Jugendneurologie und Rehabilitation:

E-mail: [infmpi.bz@sabes.it](mailto:infmpi.bz@sabes.it)

Tel: 0471-438868 | Mo./Fr. 8.30-13.00 / 14.00-16.00 Uhr