

Fragebogen zur Erstanmeldung (Thema Kopfschmerzen)

Wichtige Daten des Patienten *(Bitte schreiben Sie leserlich, möglichst in Druckbuchstaben)*

Name _____
Vorname _____
geboren am _____
Geschlecht _____

Eltern

Name, Vornamen der Eltern _____
Straße und Hausnr. _____
PLZ, Ort _____
E-Mail-Adresse _____
Telefonnummer _____
Mobilnummer _____

Ist die o.g. Adresse auch der aktuelle Wohnort? Ja Nein

Wenn Nein, bitte abweichenden Wohnort, z.B. Einrichtung, Pflegefamilie o.ä. angeben:

wo/bei wem? _____
Straße und Hausnr. _____
PLZ Ort _____
Ansprechpartner _____
Tel.-Nr. für Rückfragen _____
E-Mail-Adresse _____

Kinder- & Jugendarzt bzw. Hausarzt

Name der Ärztin/des Arztes _____
Fachrichtung (z.B. Kinderarzt, Allgemeinmedizin) _____
Straße _____
PLZ, Ort _____

Fragen an Patient

(Dein Vorname u. Name)

für Kinder ab 6 Jahre (sonst weiter mit Abschnitt B)

A. • eigene Kopfschmerz-Vorgeschichte (Kreuze bitte das Passende an, ergänze, streiche, was nicht zutrifft)

A.1. Wann hattest Du zum ersten Mal Kopfschmerzen?

- vor nicht langer Zeit (innerhalb des letzten Jahres)
 seit ich in der Schule bin schon als kleines Kind weiß ich nicht

A.2. Wie oft hast du Kopfschmerzen?

- jeden Tag einmal in der Woche einmal im Monat
 sonstiges: _____

A.3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen?

- nur kurz: _____ Min. Ca. _____ Stunden einen halben Tag
 einen ganzen Tag länger: _____

A.4. Wann beginnen die Kopfschmerzen in der Regel?

- sie sind beim Aufwachen schon da während des Morgens
 in der Nacht, ich wache von den Schmerzen auf am Nachmittag

A.5. Wo sitzt der Schmerz?

- im ganzen Kopf hinter der Stirn hinter den Augen
 am Hinterkopf in den Schläfen im Nacken
 nur auf einer Kopfseite, und zwar immer rechts / links
 wechselnd
 woanders: _____

A.6. Wie empfindest Du den Schmerz am ehesten?

Als

- pochend stechend dröhnend dumpf, drückend krampfartig
 sonstiges: _____

A.7. Wie stark sind Deine Schmerzen?

- sie tun wenig weh sie sind mittelstark sie sind kaum auszuhalten
 sonstiges: _____

A.8. Hast Du bei Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?

- Übelkeit Erbrechen
 Lichtempfindlichkeit Lärmempfindlichkeit Schwindel
 Sehstörungen (z.B. Lichtblitze, "Sternchen vor den Augen")
 komisches Gefühl auf der Haut, wo: _____
 Probleme mit dem Sprechen Bauchschmerzen
 andere: _____

A.9. Wann treten die Kopfschmerzen vor allem auf?

- in der Schule vor/bei/nach Klassenarbeiten beim Sport
 bei Schlafmangel bei Erkältungen bei Wetterwechsel
 beim Fernsehen wenn ich den Laptop/Tablet/Handy benutze
 wenn ich traurig oder wütend bin
 wann sonst? _____

A.10. Was machst Du, wenn die Kopfschmerzen beginnen?

- ich mache einfach weiter, was ich gerade mache ich muss mich hinlegen
 ich muss eine Pause machen
 sonstiges: _____

A.11. Was hilft Dir bei Deinen Kopfschmerzen?

- den Kopf Kühlen Hinlegen oder Entspannen Abdunkeln des Zimmers
 Ablenken
 Schmerzmittel, welches: _____
 etwas anderes: _____

Kopfschmerzfragebogen für die Eltern/Betreuer

Patientenname, -vorname: _____

B. Kopfschmerzen

B.1. Seit wann hat ihr Kind Kopfschmerzen?

- seit _____ Wochen seit _____ Monaten seit _____ Jahren

B.2. Wie oft hatte ihr Kind innerhalb des letzten Monats Kopfschmerzen?

- jeden Tag mehr als 3x/Woche 2-3x/Woche
 1x/Woche 2-3x/Monat 1x/Monat

B.3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?

- bis zu 1 Stunde bis zu 3 Stunden bis zu 6 Stunden
 bis zu 12 Stunden bis zu 24 Stunden länger: _____

B.4. Die Häufigkeit der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:

- abgenommen ist gleich geblieben zugenommen

B.5. Die Stärke der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:

- abgenommen ist gleich geblieben zugenommen

B.6. Treten bei den Kopfschmerzen Begleitscheinungen auf?

- Übelkeit Erbrechen
 Lichtempfindlichkeit Lärmempfindlichkeit Schwindel
 Sehstörungen (z.B. Lichtblitze, "Sternchen vor den Augen")
 komisches Gefühl auf der Haut, wo: _____
 Probleme mit dem Sprechen Bauchschmerzen
 andere: _____

B.7. Nimmt ihr Kind Medikamente (wegen seiner Kopfschmerzen oder aus anderen Gründen) ein?

- nein
 ja, und zwar (welches, wie oft): _____

Wdh. Patientenname, -vorname: _____

B.8. Wird sonst gegen die Kopfschmerzen noch etwas anderes getan?

nein

ja, und zwar (was, wie oft): _____

B.9. Hatten oder haben andere Familienmitglieder regelmäßig Kopfschmerzen?

	Migräne	andere Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großeltern mütterlicherseits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großeltern väterlicherseits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere Familienmitglieder: wer? (Verwandschaftsgrad): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.10. Verursachen die Kopfschmerzen ihres Kindes Probleme innerhalb der Familie

nein

ja, und zwar: _____

B.11. Wurde ihr Kind wegen seiner Kopfschmerzen von anderen Fachärzten/Therapeuten betreut?

nein

ja, und zwar

HNO Zahnarzt Orthopäde Augenarzt Physiotherapeut

Psychologe Kinder-u. Jugendpsychiater Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

andere: _____

B.12. Wurde weitere Diagnostik bereits durchgeführt? (Bitte ggf. Name und Ort angeben)

nein

cMRT _____ EEG: _____

Blutentnahme _____ andere: _____

B.13. Hat ihr Kind außer den Kopfschmerzen weitere Erkrankungen?

nein

ja, und zwar: _____

Wdh. Patientenname, -vorname: _____

C. Vorgeschichte · Entwicklung, Kindergarten, Schule, Freizeit usw.

C.1. Verlieft für Sie die bisherige Entwicklung Ihres Kindes unauffällig (bis auf die Kopfschmerzen)?

Ja Nein, Grund: _____

Fragen nur für Kinder im Krippen-/Kindergartenalter

C.2. Besucht Ihr Kind derzeit eine Krippe/einen Kindergarten bzw. ist ein Kindergarten geplant?

Nein geplant ab _____ Ja, seit _____

(Bezeichnung/Adresse)

- Es ist ein normaler Kindergarten/normale Krippe
 ein integrativer Kindergarten
 ein heilpädagogischer Kindergarten
 eine SVE (schulvorbereitende Einrichtung)
 eine andere Einrichtung _____

C.3. Auffälligkeiten? Gab es Rückmeldungen zum Verhalten in der Gruppe/Spielverhalten? Welche?

Fragen nur für Kinder und Jugendliche im Schulalter

C.4. Welche Schule besucht derzeit Ihr Kind bzw. welche Schule ist geplant?

geplant ab _____ seit _____

(Bezeichnung/Adresse)

- Es ist eine Grundschule Hauptschule Mittelschule
 Realschule Gesamtschule Gymnasium
 Förderschule _____

Klasse/Jahrgang _____

C.5. Gab oder gibt es Auffälligkeiten bzw. Probleme wie

- Lernschwierigkeiten Leistungsverweigerung Schulangst
 Konzentrationsprobleme soziale Isolation Mobbing
 andere: _____

Wdh. Patientenname, -vorname: _____

C.6. Schulleistung: Hat Ihr Kind Lieblingsfächer? Welche?

Nein Ja, und zwar _____

C.7. Hausaufgaben: Wie lange benötigt ihr Kind im Durchschnitt für die Hausaufgaben pro Tag?

Fragen für alle Eltern/Betreuer

C.8. Gibt es neben Schule bzw. Kindergarten noch weitere Institutionen, die Ihr Kind regelmäßig betreuen? Nein

Ja, d.h. Tagesstätte _____

Kurzzeitpflege _____

Internat , Wohnheim _____

andere: _____

(Bezeichnung(en)/Adresse(n))

C.9. Freizeit: Was passiert außerdem im Leben Ihres Kindes?

C.10. Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?

Nein Ja, und zwar _____

C.11. Freunde: Wie viele Freunde hat Ihr Kind? Ist darunter eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund?

C.12. Medien: Wie geht Ihr Kind mit TV, PC und Smartphone/Tablet um? Ihr Kind ...

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> hat einen eigenen Fernseher | <input type="checkbox"/> benutzt den Fernseher der Familie | <input type="checkbox"/> sieht kein TV |
| <input type="checkbox"/> hat einen eigenen Computer | <input type="checkbox"/> benutzt den PC der Familie | <input type="checkbox"/> hat kein PC-Zugang |
| <input type="checkbox"/> hat ein eigenes Smartphone | <input type="checkbox"/> benutzt ein Smartphone der Familie | <input type="checkbox"/> hat keinen Zugang zu einem Smartphone |
| <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht genau | | |

Durchschnittlich verbringt Ihr Kind am Tag

vor einem Fernseher _____ Stunden

mit einem Computer _____ Stunden

mit einem Smartphone/Tablet-Computer _____ Stunden

Wdh. Patientenname, -vorname: _____

D. Familie · Eltern, Geschwister, weitere Verwandte

Eltern

D.1.	leibliche Mutter	leiblicher Vater
Vor- und Familienname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____

D.2. Familienstand und Sorgerecht
Die leiblichen Eltern sind

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden _____

Das Sorgerecht für wird ausgeübt von

beiden Eltern gemeinsam von der Mutter vom Vater

von _____

Geschwister

D.3. Hat Ihr Kind Geschwister? Bitte tragen Sie hier die Namen und Geburtsdaten aller Kinder der Familie ein..

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Gesundheitssituation der Familie

D.4. Bestehen bei den Eltern andauernde körperliche oder seelische Gesundheitsprobleme? Bitte geben Sie uns diese Informationen, weil sie oft wichtig für die Behandlung und Beratung sind. Sie werden selbstverständlich – wie alle anderen Informationen hier auch – absolut vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nein Ja, bei der Mutter: _____

Ja, beim Vater: _____

D.5. Bestehen bei anderen Familienmitgliedern (Großeltern, weitere Verwandte) andauernde körperliche oder seelische Gesundheitsprobleme? Bitte geben Sie uns diese Informationen, weil sie oft wichtig für die Behandlung und Beratung sind. Sie werden selbstverständlich – wie alle anderen Informationen hier auch – absolut vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nein Ja, bei: _____

und bei: _____

Vielen Dank, wir werden versuchen, Ihrem Kind so gut und so schnell wie möglich zu helfen!