



Name Ihres Kindes: Geburtsdatum Ihres Kindes:

Welche Schule besucht Ihr Kind? Welche Klasse:

Fragebogen für Eltern

1. Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?

- seit Monaten
- seit Jahren
- schon als kleines Kind
- weiß ich nicht

2. Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Monat Kopfschmerzen?

- täglich
- mehr als dreimal pro Woche
- zwei- bis dreimal pro Woche
- einmal pro Woche
- zwei- bis dreimal pro Monat
- einmal im Monat

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
- das ist unterschiedlich

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

- abgenommen
- sie war unverändert
- zugenommen

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

- abgenommen
- sie war unverändert
- zugenommen
- am Hinterkopf
- im Nacken

6. Treten bei den Kopfschmerzen noch andere Begleiterscheinungen auf?

- Übelkeit
- Erbrechen
- starker Schwindel
- Augenflimmern
- Lähmungen, Sprachstörungen
- Gefühlsstörungen in den Armen

7. Ihr Kind neben den Kopfschmerzen noch andere Erkrankungen?

- ja, und zwar
-

8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

- | | Migräne | andere Kopfschmerzen |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Vater | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Mutter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Großeltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Geschwister | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Verursachen die Kopfschmerzen Ihres Kindes Probleme in der Familie?

- ja, und zwar
- nein

10. Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan?

(Medikamente, nicht-medikamentöse Maßnahmen)

Maßnahme, Behandlung	Dosis	Zeitpunkt und Dauer	Wirksamkeit 0 = keine; 5 = gut	Nebenwirkungen