

Fragebogen für Eltern

1. Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?

- ☐ seit..... Monaten
☐ seit..... Jahren

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 Stunde
☐ bis zu 6 Stunde
☐ 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

6. Treten bei den Kopfschmerzen noch andere Begleitscheinungen auf?

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

7. Hat Ihr Kind neben den Kopfschmerzen noch andere Erkrankungen?

- ☐ ja, und zwar _____

8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

- | | <i>Migräne</i> | <i>andere Kopfschmerzen</i> |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| ☐ Vater | ☐ | ☐ |
| ☐ Mutter | ☐ | ☐ |
| ☐ Großeltern | ☐ | ☐ |
| ☐ Geschwister | ☐ | ☐ |

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