

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Amsterdamer Str. 59
50735 Köln
Tel.-Nr. 0221 / 8907 – 5567

Elternfragebogen Kopfschmerzsprechstunde @

Name, Vorname	Geb. am	Tel.	angemeldet am
---------------	---------	------	---------------

Sehr geehrte Eltern,

wenn Sie Ihr Kind für die interdisziplinäre Kopfschmerzsprechstunde anmelden möchten, bitten wir Sie, zusätzlich folgende Fragen zu beantworten.

1. Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?
 seit weniger als 3 Monaten -> zunächst Vorstellung beim Kinderarzt
2. Wie oft geben Sie Kopfschmerzmedikamente?
 häufiger als 1x/Woche häufiger als 1x/Monat vereinzelt oder gar nicht
3. Haben die Kopfschmerzen in Bezug auf Häufigkeit/Stärke zugenommen?
 Ja Nein
4. Was macht Ihr Kind, wenn es Kopfschmerzen hat?
 legt sich freiwillig hin und schläft lässt sich ablenken
5. Ist Ihr Kind schon **mehrfach** nachts durch die Kopfschmerzen erwacht?
 Ja Nein
6. Hat Ihr Kind **überwiegend** Schmerzen am Hinterkopf?
 Ja Nein
7. Kommt es zu erbrechen?
 wiederholt morgens wenn es Kopfschmerzen hat nur wenn es krank ist
8. Ist bereits ein MRT / Kernspintomographie durchgeführt worden?
 Nein Ja
9. Hat Ihr Kind neurologische Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen?
 Ja Nein

Vielen Dank!

Bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft und alle Berichte über bisher erfolgte Untersuchungen oder Vorerkrankungen zum ersten Termin mit.