

## Kopfschmerzen

Liebe Eltern, liebe Jugendliche!

Bei Ihrem Kind bzw. bei Dir selbst sollen häufiger auftretende Kopfschmerzen abgeklärt werden. Dazu ist es für Sie / für Dich wichtig zu wissen, dass Kopfschmerzen in ca. 20% der Fälle Symptom einer anderen Erkrankung (z.B. grippaler Infekt, Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, der Augen, seltener des Gehirns sein können), in ca. 80% der Fälle sind die Kopfschmerzen Symptom und Krankheit zugleich. Es ist daher für die Diagnosefindung wichtig, die genauen Umstände des Auftretens von Kopfschmerzen kennenzulernen. Dazu soll uns gemeinsam der folgende Kopfschmerzkalender helfen, den Sie für Ihr Kind bzw. Jugendliche selbständig über 4-6 Wochen führen sollten:

<b>Datum</b>							
Schmerzstärke <sup>1)</sup>							
KS einseitig? <sup>2)</sup>							
KS beidseitig? <sup>3)</sup>							
pochend? <sup>4)</sup>							
dumpf? <sup>5)</sup>							
stärker bei Aktivität? <sup>6)</sup>							
Übelkeit/Erbrechen? <sup>7)</sup>							
verschwommenes Sehen/Lichtblitze? <sup>8)</sup>							
Lichtempfindlichkeit? <sup>9)</sup>							
Lärmempfindlichkeit? <sup>10)</sup>							
Schulausfall wg. KS? <sup>11)</sup>							
Medikamente oder andere Behandlung <sup>12)</sup>							
Wirkung <sup>13)</sup>							
Dauer der KS in Std.							

Erläuterungen:

- 1) Beschreibe die Schmerzstärke bzw. versuchen Sie diese bei Ihrem Kind einzuschätzen: 1=schwach, 2=mittel, 3=stark, 4= sehr stark
- 2) Besteht der Kopfschmerz nur auf einer Seite? – ggf. ankreuzen
- 3) Besteht der Kopfschmerz auf beiden Seiten? - ggf. ankreuzen
- 4) Ist der Kopfschmerz pochend bzw. pulsierend? – ggf. ankreuzen
- 5) Ist es eher ein drückender, dumpfer Kopfschmerz? – ggf. ankreuzen
- 6) Wird der Kopfschmerz bei körperlicher Aktivität (Laufen, Rennen, Treppensteigen) stärker? – ggf. ankreuzen
- 7) Bestehen Symptome wie Übelkeit und/oder Erbrechen? – ggf. ankreuzen
- 8) Bestehen Symptome wie Lichtblitze vor den Augen oder verschwommenes Sehen oder sogar vorübergehende (teilweise) Blindheit? – ggf. ankreuzen
- 9) Wird Licht als sehr störend empfunden und verstärkt das Unwohlsein? – ggf. ankreuzen
- 10) Werden Geräusche/Lärm als sehr unangenehm empfunden? – ggf. ankreuzen
- 11) Musstest Du / musste Ihr Kind wegen Kopfschmerzen vorzeitig aus der Schule heimkommen bzw. war am Schulbesuch verhindert? – ggf. ankreuzen
- 12) Welche Behandlung erfolgte (z.B.: keine Behandlung – Hinlegen/Schlaf – kalte Umschläge auf die Stirn – Wärme – Entspannung – Medikamente, wenn ja: welche?) – bitte eintragen
- 13) Wie wirksam war die Behandlung: 1=schlecht, 2=mäßig, 3=gut
- 14) Wieviele Stunden dauerten die Kopfschmerzen an

Teilen Sie/ teile uns bitte sämtliche anderen Ihnen/Dir wichtig erscheinenden Umstände im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen mit: z.B. andere Erkrankungen, mögliche Auslöser (Stress, Konzentration, Fernsehen/Computer, Sport etc.), bei jugendlichen Mädchen evtl. zeitlicher Zusammenhang mit der Periode. – ggf. auf extra Blatt protokollieren!

Nach 4-6 Wochen werden wir gemeinsam das Protokoll auswerten, ggf. weitere Untersuchungen (z.B. Augenarzt, Computertomografie, Hirnstrommessung (EEG)) und Behandlungsstrategien festlegen.

