

Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – KIELER KOPFSCHMERZKALENDER

Liebe Eltern,
liebe Patientin, lieber Patient,

Kopfschmerzen können in sehr unterschiedlicher Weise auftreten. Eine möglichst genaue Kenntnis der Erscheinungsweise der Kopfschmerzen ist für die richtige Diagnose und insbesondere optimale Behandlung unbedingt erforderlich. Dieser **KOPFSCHMERZKALENDER** dient dazu, eine genaue Beschreibung der Kopfschmerzanfälle zu ermöglichen.

Bitte tragen Sie bei jedem Kopfschmerzanfall zunächst das Datum ein, im Weiteren beschreiben Sie bitte die Kopfschmerzen mit Hilfe der Kästchen durch Ankreuzen oder Nichtankreuzen, ggf. nehmen Sie eine Eintragung vor (z. B. Anfallsdauer der Kopfschmerzen in Stunden, Name des Medikamentes, das Ihr Kind/Sie eingenommen hat/haben).

Notieren Sie auch – ggf. auf einem zusätzlichen Blatt – ob Ihr Kind/Sie im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen bestimmte Lebensmittel (z. B. Käse) oder Süßigkeiten (vor allem Schokolade) gegessen hat/haben, ebenso, ob irgendwelche Aktivitäten im Zusammenhang zum Kopfschmerzanfall stehen könnten.

Bitte füllen Sie den **KOPFSCHMERZKALENDER** regelmäßig aus und bringen Sie ihn zur nächsten Sprechstunde mit.

Bitte beachten Sie, dass Kopfschmerzen ganz verschiedene Ursachen haben können. Kopfschmerzen, die schon über ein Jahr dauern, *keine* Verschlimmerungstendenz zeigen und ohne zusätzliche Störungen (z. B. Sehstörungen, Wesensveränderungen, Erbrechen) einhergehen haben zumeist einen anderen Hintergrund als Kopfschmerzen, die akut aufgetreten sind, vielleicht schon über wenige Wochen andauern und eher an Intensität zunehmen. In solchen Fällen sollten Sie sofort in unsere Praxis kommen, insbesondere dann, wenn nächtliche Kopfschmerzen auftreten und/oder Ihr Kind jünger als drei Jahre ist und/oder weitere Symptome – welcher Art sie auch sein mögen – hinzutreten.

Kopfschmerzen in Zusammenhang *mit Fieber* und *sehr starke* Kopfschmerzen – auch ohne zusätzliche Symptome oder ohne zusätzliche Beschwerden – sind immer ein Grund, sofort in unsere Praxis zu kommen oder einen Arzt aufzusuchen, falls wir nicht erreichbar sind.

Bei Kopfschmerzen können Naturheilverfahren, hier insbesondere der Einsatz von Phytotherapeutika, erste gute Hilfe leisten. Die Pestwurz (z. B. Petadox[®]) als Kapsel eingenommen oder Einreibungen mit Pfefferminzöl (z. B. Euminz[®]) im Schläfenbereich können rasch Linderung bringen.



Pestwurz



Pfefferminze

Wann bei Ihrem Kind/bei Ihnen auch über den Einsatz der Transkutanen Elektrischen Nervenstimulation (TENS) nachgedacht werden sollte, werden wir Ihnen gerne erläutern.

Kieler Kopfschmerzkalender

Kopfschmerzanfall

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

Datum

Schmerzstärke
 1=schwach; 2=mittel;
 3=stark; 4=sehr stark

Einseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beidseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsierend oder pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drückend, dumpf bis ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erheblich hinderlich bei üblicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkung bei körperlicher Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtscheu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärmscheu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anfallsdauer
 (Stunden)

Arbeits-/Schulausfall (Stunden)

Reduzierung der Leistungsfähigkeit (Stunden)

Medikamente oder andere Behandlung
 (bitte eintragen, ggfs. zusätzliches Blatt verwenden)

Wirkung: gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden