

Dr. med. J. Rübo  
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie  
Albersallee 5 – 7  
47533 Kleve

P. Wundschock  
Leitende Oberärztin des Sozialpädiatrischen Zentrums  
Telefon: 0 28 21 / 4 90 - 73 93  
Telefax: 0 28 21 / 4 90 - 14 82  
spz.ahk@kkle.de

Liebe Eltern,

Sie haben vor, Ihr Kind in unserer Kopfschmerzsprechstunde vorzustellen. Wir bitten Sie, uns zunächst den beigefügten Fragebogen und den Kopfschmerzkalender über 4-6 Wochen ausgefüllt zurückzusenden.

Wir melden uns dann für die Vereinbarung eines Vorstellungstermins. Bitte berücksichtigen Sie, dass wir Termine erst vergeben können, wenn wir den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück erhalten haben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 1 Allgemeine Angaben zum Kind

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Postleitzahl:	Wohnort:
Strasse:	Staatsangehörigkeit:
Wer hat das Sorgerecht?	
Leibliches Kind Pflegekind, seit wann in der Familie:	Festnetz privat:
	Mobiltelefon: Vater: Mutter: Andere z.B. Pflegeeinrichtung / Pflegeeltern:
Wer ist der Kostenträger? Krankenkasse Sozialamt	E-mail-Adresse:
Kontaktperson im Kindergarten / in der Schule und Name der Einrichtung:	
Kinderarzt:	



## 2 Kopfschmerzfragebogen (Beantwortung durch das Kind, sofern möglich.)

2.1 Führst Du einen Kopfschmerzkalender?

Nein

Ja, seit \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

2.2 Wie häufig sind die Kopfschmerzen? (x mal pro Jahr/Monat/Woche)

2.3 Wann traten die Kopfschmerzen zum ersten Mal auf? (Datum, Alter)

2.4 Wo sitzt der Schmerz?

Schläfe

Auge recht/links

Stirn

Nacken

ganzer Kopf

2.5 Welchen Charakter hat der Schmerz?

pulsierend

hämmernd

dumpf

drückend

bohrend

pochend

stechend

Eigene Worte: \_\_\_\_\_

Beginn:

plötzlich

langsam

zunehmend

2.6 Welche Begleiterscheinungen treten bei den Kopfschmerzen auf?

Übelkeit

Erbrechen

lichtscheu

Lärmempfindlichkeit

Bauchschmerz

Kribbeln

Sehstörungen (Schleier/flimmern)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

2.7 Wie lange dauern die einzelnen Kopfschmerzattacken?

2.8 Wann war die letzte Kopfschmerzphase?

2.9 Gibt es eine tageszeitliche Häufung der Kopfschmerzen, ein unterschiedliches Auftreten während der Schulzeit, an Wochenenden und in den Ferien?

Nein

Ja: \_\_\_\_\_



2.10 Ich wache nachts mit Kopfschmerzen auf:                    Nein                    Ja

2.11 Gibt es Vorboten für die Kopfschmerzen?

Nein                    Ja, welche \_\_\_\_\_

2.12 Gibt es Auslöser für die Kopfschmerzen? (z. B. Müdigkeit, Stress, Nahrungsmittel, Infekte)

Nein                    Ja, welche \_\_\_\_\_

2.13 Verstärken sich die Schmerzen durch Aktivität? (körperliche/geistige)

2.14 Bestehen Schlafprobleme?

Nein                    Ja, welche \_\_\_\_\_

2.15 Wie hoch ist die tägliche Trinkmenge?    \_\_\_\_\_ Liter

2.16 Gibt es Einschränkungen in Schule oder Freizeit durch die Schmerzen?

Nein                    Ja, welche \_\_\_\_\_

2.17 Fehlzeiten – wie viel Tage in diesem oder letztem Jahr?                    \_\_\_\_\_

2.18 schlechte Schulleistungen: \_\_\_\_\_

2.19 Sind bisher Vorerkrankungen bekannt? (z. B. Sturz/Schlag, Epilepsie, Hirnhautentzündung)

2.20 Ließen sich bisher Störungen in der körperlichen oder geistigen Entwicklung erkennen?

2.21 Gibt es eine psychische Belastungssituation?

2.22 Gab es bereits einen Zeckenbiss?

Nein                    Ja, wann war das? \_\_\_\_\_



2.23 Was machst du selber, wenn du Kopfschmerzen bekommst?

2.24 Wurden andere Schritte unternommen, um eine Besserung der Schmerzen zu erreichen?

2.25 Wer in der Familie hat noch Kopfschmerzen? Welche Diagnose?

2.26 Traten in der Familie bereits Krampfanfälle oder andere Hirnerkrankungen auf?



### 3 Allgemeine Angaben

#### 3.2 Bisherige medizinische Untersuchungen:

Untersuchungen	Wann zuletzt	Bei wem (Name des Arztes/Krankenhauses)
Hörprüfung		
Sehprüfung		
Röntgen		
Computertomographie		
Kernspintomographie		
Ultraschall		
EEG		
Andere		

#### 3.3 Hat ihr Kind Hilfsmittel?

Brille                      Hörgerät                      Spezialrad                      Orthesen  
 Rollstuhl                      Spezialbett                      Rollator                      Stehständer  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

#### 3.4 Nimmt oder nahm ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikamentenanamnese:	Dosierung			
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

#### 3.5 Gibt es bei Ihrem Kind eine bekannte Behinderung?

Nein                      Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es eine Pflegestufe?

Nein                      Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist ein Behindertenausweis vorhanden?

Nein                      Ja      Wenn ja, welcher Grad der Behinderung wurde festgestellt? \_\_\_\_\_

Und welche Bezeichnungen?

B                      H                      G                      aG                      R                      F

Hilfsmittelversorgung

Nein                      Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



#### 4 Kindergarten und Schulzeit

4.2 Besucht oder besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

Nein Ja, und zwar seit dem \_\_\_\_\_ Lebensjahr  
Kindertagesstätte Regelkindergarten  
Integrativer Kindergarten mit Integrativplatz ohne Integrativplatz

4.2.1 Dauer der Betreuung

Ganztags Vormittags

4.3 Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt?

Nein Ja, Wann/Warum? \_\_\_\_\_

4.4 Auffälligkeiten/Probleme im Kindergarten:

Nein Ja in Spielverhalten, welcher Art \_\_\_\_\_

4.5 Besuchte Ihr Kind eine Vorschule(Schulkindergarten)?

Nein Ja, Wann: \_\_\_\_\_

4.6 Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

Nein Ja, Wegen: \_\_\_\_\_

4.7 Wo wurde Ihr Kind eingeschult?

Grundschule Integrativklasse Förderschule

Andere Schulform Welche: \_\_\_\_\_

Zurzeit besucht ihr Kind die \_\_\_\_ Klasse.

Hat ihr Kind die Schulform gewechselt? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind eine Klasse wiederholt? Nein Ja, welche Klasse? \_\_\_\_\_

4.7.1 Dauer der Betreuung?

Ganztags Vormittags Besuch eines Hortes von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

4.8 Hat Ihr Kind in der Schule Probleme?

Rechnen Lesen Schreiben Sport Konzentration Arbeitstempo

Im Verhalten (z.B. mit anderen Kindern)

Wie lange dauern durchschnittlich die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_ Stunden.

Sie werden angefertigt mit: Eltern ohne Eltern mit Anderen (z.B. Schülerhilfe)

Gibt es dabei Auffälligkeiten oder Probleme? Nein Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Die Leistungen Ihres Kindes sind besonders gut in: \_\_\_\_\_

Nicht so gut in: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind an Förderunterricht teil?

Nein Ja, in welcher Form: \_\_\_\_\_



## 5 Freizeitaktivitäten

- Spielt vorzugweise im Haus       Spielt vorzugsweise draußen  
 TV/Video \_\_\_\_ Stunden/täglich       PC oder ähnliches \_\_\_\_\_ Stunden/täglich.

5.1 Beschäftigt sich Ihr Kind überwiegend mit

- Mutter       Vater       Geschwistern       Freunden       Alleine

5.2 Kann sich Ihr Kind lange mit einer Sache beschäftigen?

- Nein       Ja

5.3 Hat Ihr Kind Freunde?

- Nein       Ja

5.4 Ist Ihr Kind Mitglied in Gruppen oder Vereinen?

- Nein       Ja

Wenn ja, in welcher Gruppe \_\_\_\_\_

oder welchem Verein \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ Mal

5.5 Macht es Musik?

- Nein       Ja

Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

Welches Instrument? \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ Mal

## 6 Erziehung

6.1 Wie kommen Sie mit Ihrem Kind allgemein in der Erziehung zurecht?

- Sehr gut       Problemlos       Meist ganz gut       Gar nicht

Schwierigkeiten bestehen bei: \_\_\_\_\_

6.2 Wie ist die Wohnsituation für Sie und ihr Kind?

- Gut       Zufriedenstellend       Schlecht

Eigenes Kinderzimmer?       Ja       Nein

6.3 Genügend Platz zum Spielen?

Innerhalb der Wohnung       Nein       Ja

Außerhalb der Wohnung       Nein       Ja

Im Garten       Nein       Ja

6.4 Gibt es in der Familie Haustiere?

- Nein       Ja Welche? \_\_\_\_\_



## 7 Familiensituation

### 7.1 Ist Ihr Kind

- ein leibliches Kind?     ein Adoptivkind?     ein Pflegekind?

### 7.2 Lebt Ihr Kind

- mit beiden Eltern?     bei der Mutter?     bei dem Vater?     bei Pflegeeltern?  
 im Heim \_\_\_\_\_?  
 oder wo sonst: \_\_\_\_\_?

Bitte nennen Sie in den unten genannten Zeilen alle Geschwister oder Halbgeschwister, die mit in der Familie leben oder auch nur zum Wochenende kommen, sowie ggf. verstorbene Kinder.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnort	im gleichen Haushalt
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 7.3 Familienstand der Eltern

- Ledig  
 Verwitwet            seit \_\_\_\_\_  
 Verheiratet            seit \_\_\_\_\_  
 Zusammenlebend    seit \_\_\_\_\_  
 Getrennt                seit \_\_\_\_\_  
 Geschieden            seit \_\_\_\_\_  
 Sonstiges                \_\_\_\_\_

### 7.4 Sind die Eltern miteinander verwandt?

- ja     nein



## 8 Wir bitten zusätzlich um einige Angaben zur Person der Eltern.

### 8.1 Leibliche Mutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

---

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

---

Welchen Beruf üben Sie aus?

---

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

---

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

### 8.2 Leiblicher Vater

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

---

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

---

Welchen Beruf üben Sie aus?

---

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

---

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

Falls sich die Familiensituation geändert hat, bitten wir Sie um die Selben Angaben für die aktuell richtigen Bezugspersonen wie z.B. Lebensgefährte/in, Stiefeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern

### 8.3 Ersatzmutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

### 8.4 Ersatzvater:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit



## Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Wir sind / Ich bin für das Kind \_\_\_\_\_ sorgberechtigt  
und einverstanden: (Name, Vorname des Kindes)

- mit der Behandlung im sozialpädiatrischen Zentrum
- dass Befunde / Arztbriefe und Empfehlungen zu meinem Kind eingeholt werden
- mit der Übersendung der Befundberichte an den überweisenden Arzt
- gegebenenfalls mit dem Austausch und der Weiterleitung der Befunde /

Befundberichte mit dem / an die nachfolgenden Einrichtungen:

- Kindergarten / Tagesstätte / Schule / Schulpsychologischer Dienst / Schulamt /  
Schulsozialarbeiter / Krankengymnastik / Heilpädagogik / Ergotherapie / Logopädie
  - Frühförderstelle / Beratungsstelle / Jugendamt / allgemeiner sozialer Dienst
  - Sozialamt / Landschaftsverband / Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz /  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten / Kinderklinik / Tagesklinik / Station
  - Behandelnden Arzt
  - Pflegeeltern, Erziehungsstelle
  - Weitere: \_\_\_\_\_
- dass von unserem Kind ein Foto zum ausschließlichen Verbleib in der Akte erstellt wird.

Ø (Bitte streichen Sie die Einrichtungen, für die dies nicht zutrifft!)

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Vater       Mutter       Andere \_\_\_\_\_

Alle Sorgberechtigten sind mit der Vorstellung im Sozial-Pädiatrischen-Zentrum Kleve einverstanden.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift aller Sorgberechtigten

\_\_\_\_\_  
Mutter

\_\_\_\_\_  
Vater

\_\_\_\_\_  
Sonstige

\_\_\_\_\_  
Jugendliche ab 14 J.