

Kopfschmerz-/Migräneanamnese

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anamnese:

Körpergröße: _____

Körpergewicht: _____

Kopfumfang: _____

BMI: _____

Blutdruck: _____

Herzfrequenz: _____

Anamnese der Symptome:

- Fehlsichtigkeit
 - Allergie
 - Übergewicht
 - Untergewicht
 - Rückenschmerzen
 - Nackenschmerzen
 - Bauchschmerzen
 - Schwindel
 - Erbrechen
 - Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma
- Schmerzstärke 1-10: _____
 - Schmerzcharakter: _____
 - Schmerzdauer: _____
 - Was hilft: _____

 - Zeit des Medienkonsums am Tag: _____

Anamnese des Kindes: *Kind besucht:*

- Kindergarten
- Grundschule
- Mittelschule
- Hauptschule
- Gesamtschule
- Realschule
- Gymnasium
- Förderschule

Anamnese der Familie: *Migräne in der Familie – wenn ja, wer:*

- Mutter
- Vater
- Schwester
- Bruder
- Großmutter mütterlicherseits
- Großvater mütterlicherseits
- Großmutter väterlicherseits
- Großvater väterlicherseits