

# Kopfschmerzambulanz Anmeldebogen

 Wir können Ihnen erst einen Termin anbieten, wenn wir diesen Anmeldebogen erhalten haben!

- Schritt 1** Füllen Sie diesen Anmeldebogen möglichst vollständig aus (Ihre Kinderärztin / Ihr Kinderarzt ist Ihnen sicher dabei behilflich). Anschließend bitte ausdrucken und an den gekennzeichneten Stellen **unterschreiben**.
- Schritt 2** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer **Kinderarztpraxis** vor. Der Kinderarzt/ die Kinderärztin macht auf **Seite 2** Ergänzungen und erteilt ihre Zustimmung zur Behandlung im SPZ der Uniklinik Bonn (Stempel und Unterschrift).
- Schritt 3** Ergänzen Sie den Anmeldebogen mit **Vorbefunden**, Arztbriefen, Blutbildern etc., die Ihnen bereits aus früheren Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten vorliegen.
- Schritt 3** Bitte schicken Sie uns den von der Kinderarztpraxis abgestempelten und ergänzten Anmeldebogen zusammen mit den Vorbefunden


Kontakt: UKB  
Neuropädiatrie & SPZ  
Venusberg Campus 1, Geb. B31  
53127 Bonn

patient-kinderneurologie@ukbonn.de

Fax: 0228 287 90 33344

- Schritt 4** *Ab jetzt sind wir am Zug. Nachdem wir Ihren Anmeldebogen und die Vorbefunde erhalten haben, macht unser ärztliches Team eine erste Einschätzung und plant notwendige Untersuchungs- oder Test-Termine. **Wir rufen Sie an**, sobald wir Ihnen die Termine mitteilen können. Deshalb geben Sie bitte auf jeden Fall Ihre Telefonnummer an!*

**Für den Termin** in unserem SPZ benötigen Sie

- ✓ **Überweisung in das SPZ** von Ihrem/Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin (gesetzlich Versicherte)
- ✓ **Versicherungskarte** (gesetzlich Versicherte)
- ✓ das gelbe **U-Heft**
- ✓ alle Vorbefunde, MRT-CDs, Arztbriefe usw.
- ✓  **Privat Versichert?** Für unsere interdisziplinären Leistungen stellen wir Ihnen **eine Quartalspauschale von 446,65 € in Rechnung**. Klären Sie bitte vorab die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung; sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten Ihre Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung, sowie die GKV, unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale von 446,65 € vergütet und wir keine Rechnung auf Grundlage der GOÄ stellen. **Sollte die Kostenübernahme durch die PKV/Beihilfe nicht erfolgen, verpflichten Sie sich zu der Zahlung der Rechnung.**



## Patient/Patientin

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers

Anschrift (Str., Hausnr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

### Von der Kinderärztin / vom Kinderarzt auszufüllen:

Ich bin mit der Vorstellung des/der o. g. Patienten/in in Ihrem SPZ einverstanden.

Datum

Stempel

Unterschrift

Fragestellung der/des überweisenden Kinderärztin/-arztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Das Wichtigste

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und warum kommen Sie zu uns?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Familie

Eltern  leben gemeinsam  leben getrennt, Kind lebt bei  Mutter  Vater  
 Sorgerecht  gemeinsam  Mutter  Vater

Eltern:	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Berufsausbildung		
derzeitige Tätigkeit		

Geschwister:

---



---

Geschwister sind in unserem SPZ bekannt?  Nein  Ja

Schwerbehindertenausweis vorhanden?  Nein  Ja, Grad:

Merkmale: \_\_\_\_\_ Pflegegrad?  Nein  Ja, Grad/Stufe: \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand Kontakt zum Jugendamt?  Nein  Ja

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Die Vorstellung im SPZ erfolgt auf Empfehlung von:

Kindergarten  Schule  Kinder- & Jugendarzt/-ärztin  Therapeut/in

Vorerkrankungen in der Familie (körperliche und psychische)

Bitte nennen Sie die Art der Erkrankung, wer erkrankt ist und seit wann (z. B. Opa, Epilepsie, seit 16. Lebensjahr)

---



---



---

## Vorgeschichte

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft/ bei der Geburt/ in der frühkindlichen Entwicklung?

nein  ja, folgende:

---

---

---

## Krankheiten Ihres Kindes

Gab oder gibt es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein  Ja, folgende:

---

---

Vorbefunde (z.B. Augenarzt, HNO, EEG, MRT, Schilddrüse, Blutdruck, andere):  
**falls Vorbefunde vorhanden, bitte zusammen mit diesem Anamnesebogen einreichen!**

---

---

Wann war die letzte Augenuntersuchung/-kontrolle? \_\_\_\_\_

Liegt eine Sehstörung vor?  Nein  Ja Brille vorhanden?  Ja  Nein

Liegen Allergien vor?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

Nein  Ja, folgende (Name Medikament/ Dosierung):

---

---

---

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder hatte eine Erkrankung mit (Spät-) Folgen (z. B. Trisomie 21, Herzfehler, Epilepsie, Hydrocephalus)?

Nein  Ja, folgende:

---

---

## Anamnesebogen Kopfschmerzen

**Bitte ab hier – soweit möglich - vom Kind /Jugendlichen alleine ausfüllen lassen!**

Wann sind deine Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten?

---

Traten die Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis oder einer veränderten Lebenssituation auf?  Nein  Ja

Falls ja, was war der Auslöser für deine Kopfschmerzen?

---

Wie lange halten deine Kopfschmerzen in der Regel an (Dauer)?

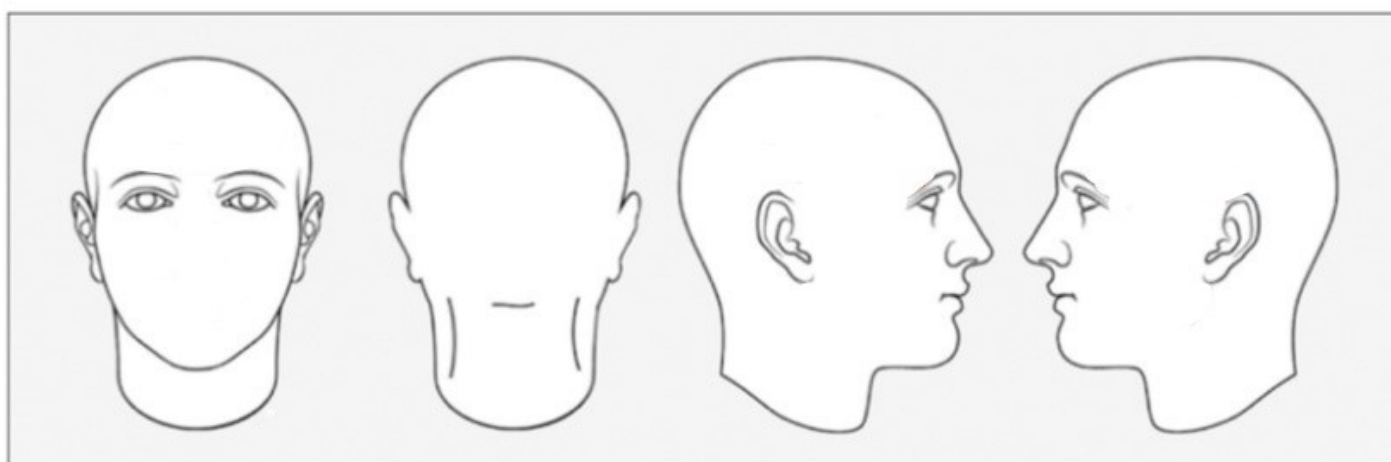
---

Wie oft treten deine Kopfschmerzen in der Woche/im Monat/im Jahr auf?

---

An welchen Stellen treten die Kopfschmerzen meistens auf?

Bitte markiere diese in den Abbildungen.



vorne

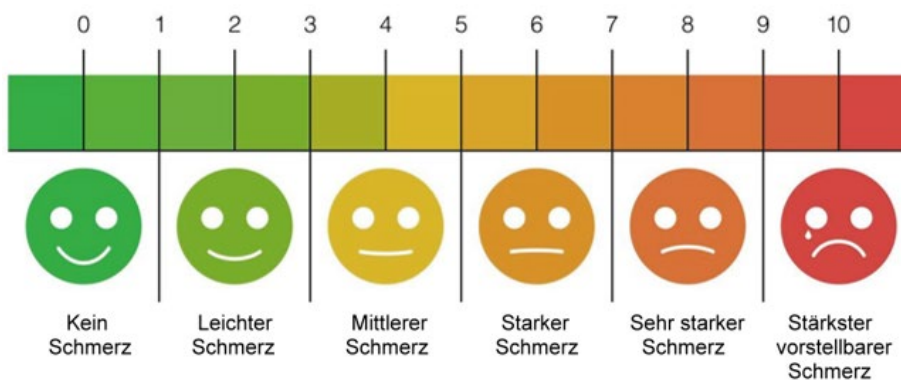
hinten

rechte Seite

linke Seite

Wie stark sind die Kopfschmerzen auf einer Skala von 0-10 einzuordnen?

Bitte ankreuzen.



Wie fühlt sich der Schmerz an? (Du kannst mehrere Punkte ankreuzen)

- Dumpf/drückend
- spitz/stechend (wie eine Nadel)
- einschließend (Schmerz kommt ganz plötzlich)
- pulsierend (pocht wie das Herz)
- brennend
- krampfartig (bei Schmerzen zieht sich alles zusammen)
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Werden die Kopfschmerzen bei Bewegung schlimmer?  Ja  Nein

Bitte kreuze nachfolgend an, ob während der Kopfschmerzen eines dieser Symptome besteht

Ja, und zwar:

	Nein	selten	oft	immer
Phonophobie (Überempfindlichkeit ggü. Geräuschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photophobie (Überempfindlichkeit ggü. Licht)	<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"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht / Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visuelle Erscheinungen u. Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parästhesien (z.B. Kribbeln, Taubheit, Lähmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne knirschen nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus/Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen weitere Symptome? \_\_\_\_\_

Was tust du üblicherweise, wenn du Kopfschmerzen hast? Was hilft dir dann?

---



---



---

Was, vermutest Du, könnte die Ursache bzw. Erklärung für deine Kopfschmerzen sein?

---



---

Bitte mache im Folgenden Angaben zu den bisherigen Therapieversuchen und ob dadurch Besserungen der Kopfschmerzen eingetreten sind.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel  | Verbesserung?   |
| Welches Medikament wurde eingenommen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| _____   |   |
| Einnahme der Schmerzmittel an mehr als 10 Tagen im Monat?                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Schlaf /Ruhe   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Einreibung mit ätherischen Ölen (z.B. Pfefferminzöl) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Kühlpacks  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Wurden noch andere Therapien ausprobiert? \_\_\_\_\_

## Sozialanamnese

Kindergarten:  Ja, seit \_\_\_\_\_  Nein      Schule:  Ja

Einschulung mit \_\_\_\_\_ Jahren     Klassenwiederholung     Klassenstufe \_\_\_\_\_

Gehst du gerne in den Kindergarten/die Schule?  Ja       Nein

Falls nein, was müsste sich ändern? Gibt es Leistungsdruck? Wenn ja, von wem?

Wie ist das Verhältnis zu deinen Lehrern und Mitschülern?

Welche Hobbies und Interessen hast du?

Wie viel Zeit verbringst du pro Tag mit Medien (z.B. Tablet, PC, Handy, TV, Hörbuch, etc.)?

Trinkmenge/Tag: Wasser: \_\_\_\_\_      Sonstige Getränke: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Mahlzeiten (Frühstück, Mittag-, Abendessen):  Ja  Nein

Ausgewogene Ernährung:  Ja  Nein

Beschreibe kurz, was du isst:

Wie sieht dein Schlafverhalten aus (z.B. Ein-und Durchschlafstörungen, (un-)regelmäßiger Schlaf, Dauer, Bettzeiten)?

---

---

---

Hast du aktuell Stress und was stresst dich (z.B. Schule, Familie, Freunde, Lebensumstände etc.)?

---

---

---

Möchtest du uns sonst noch etwas mitteilen?

---

---

---

---

**VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**  
**WIR FREUEN UNS DICH KENNENZULERNEN 😊**

Hiermit bestätige ich, dass die Anmeldung des o.g. Kindes mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt. Im Falle eines geteilten Sorgerechts, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/en

**Datenschutz:**

Mit Abgabe dieser Anmeldebogens erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Weiterverarbeitung einverstanden. Die HYPERLINK "<https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>"Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere ihre Bestimmungen. Die Einwilligung dieser Kontaktaufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an die E-Mail: [gf-kinderheilkunde@ukbonn.de](mailto:gf-kinderheilkunde@ukbonn.de) richten.  
<https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>