

Kopfschmerz-Fragebogen für Kinder und Jugendliche

- 1. Wann hattest Du zum ersten Mal Kopfschmerzen?**
 - erst seit einiger Zeit (in diesem Jahr)
 - seit ich in der Schule bin
 - schon als kleines Kind
 - weiß ich nicht
- 2. Wie oft hast Du Kopfschmerzen?**
 - jeden Tag
 - jede Woche
 - jeden Monat
 - seltener
- 3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen?**
 - nur kurze Zeit
 - einen halben Tag
 - den ganzen Tag
 - länger als ein Tag
- 4. Wann beginnen die Kopfschmerzen?**
 - beim Aufwachen
 - während des Morgens
 - am Nachmittag
 - abends
 - in der Nacht
- 5. Wo sitzt der Schmerz?**
 - im ganzen Kopf
 - nur auf einer Kopfseite
 - hinter den Augen
 - hinter der Stirn
 - in den Schläfen
 - am Hinterkopf
 - im Nacken
- 6. Wie empfindest Du den Schmerz?**
 - pochend
 - krampfartig
 - stechend
 - dröhnend
 - drückend
- 7. Wie stark sind Deine Schmerzen?**
 - es tut wenig weh
 - sie sind mittelstark
 - ich kann sie kaum aushalten
- 8. Hast Du bei Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?**
 - mir ist dabei übel
 - ich muss erbrechen
 - ich habe Bauchweh
 - mir wird schwindelig
 - mich stört helles Licht
 - mich stören laute Geräusche
 - ich sehe Sternchen vor den Augen
 - ich habe ein komisches Gefühl in der Hand
 - ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen
- 9. Wann treten die Kopfschmerzen vor allem auf?**
 - wenn ich Sport treibe
 - wenn ich nicht genug geschlafen habe
 - wenn ich erkältet bin
 - in der Schule
 - beim Fernsehen/Computerspielen
 - bei Wetterwechsel
 - wenn ich traurig bin oder mich ärgere
 - vor oder nach Klassenarbeiten
 - bei anderen Gelegenheiten_____
- 10. Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?**
 - ich mache das weiter, was ich gerade tue
 - ich muss eine Pause einlegen
 - ich muss mich hinlegen
 - etwas anderes_____
- 11. Was hilft Dir bei Deinen Kopfschmerzen?**
 - Kühlen des Kopfes
 - hinlegen/Entspannen
 - das Zimmer abdunkeln
 - ablenken
 - Schmerzmittel
 - etwas anderes_____
- 12. Hast Du gegen Deine Kopfschmerzen schon einmal Medikamente bekommen?**
 - nein
 - ja



Fragebogen für Eltern

1. Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?

- seit..... Monaten
- seit..... Jahren

2. Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Monat Kopfschmerzen?

- täglich
- mehr als dreimal pro Woche
- zwei- bis dreimal pro Woche
- einmal pro Woche
- zwei- bis dreimal pro Monat
- einmal im Monat

3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?

- bis zu 1 Stunde
- bis zu 3 Stunde
- bis zu 6 Stunde
- bis zu 12 Stunden
- bis zu 24 Stunden
- das ist unterschiedlich

4. Die Häufigkeit der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:

- abgenommen
- sie war unverändert
- zugenommen

5. Die Stärke der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:

- abgenommen
- sie war unverändert
- zugenommen

6. Treten bei den Kopfschmerzen noch andere Begleiterscheinungen auf?

- Übelkeit
- Erbrechen
- starker Schwindel
- Augenflimmern
- Lähmungen, Sprachstörungen
- Gefühlsstörungen in den Armen

7. Hat Ihr Kind neben den Kopfschmerzen noch andere Erkrankungen?

- ja, und zwar _____

8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

- | | <i>Migräne</i> | <i>andere Kopfschmerzen</i> |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Vater | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Mutter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Großeltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Geschwister | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Verursachen die Kopfschmerzen Ihres Kindes Probleme in der Familie?

- ja, und zwar _____
- nein

10. Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan?

(Medikamente, nicht-medikamentöse Maßnahmen)

Maßnahme, Behandlung	Dosis	Zeitpunkt und Dauer	Wirksamkeit 0 = keine, 5=gut	Nebenwirkungen

