

## 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