

Fragebogen Kopfschmerzen

Name _____

Fragen an Dich

Bei diesen Fragen geht es um Deine Kopfschmerzen. Es wäre schön, wenn Du darüber etwas sagst. Deine Antworten helfen, für Deine Kopfschmerzen eine gute Behandlung zu finden. Bitte fülle den Fragebogen sorgfältig aus. Versuche, es allein zu schaffen. Nur wenn Du wirklich etwas nicht weißt, solltest Du Vater oder Mutter fragen.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

Jetzt kreuze bitte immer das an, was auf Dich zutrifft.

1. Wann wurdest Du geboren? Jahr _____ Monat _____

2. Kannst Du Dich erinnern, wann du zum ersten Mal Kopfschmerzen hattest

- erst vor kurzem (in diesem Jahr)
- seit ich in der Schule bin
- schon als kleines Kind
- weiß ich nicht

3. Wie oft kommen bei Dir Kopfschmerzen vor?

- jeden Tag
- jeden Monat
- einen halben Tag
- seltener

4. Wie lange dauern Kopfschmerzen meistens?

- nur kurze Zeit
- den ganzen Tag
- einen halben Tag
- länger als einen Tag

5. Wie schnell kommen die Kopfschmerzen?

- schnell oder
- langsam

6. Wann beginnen die Kopfschmerzen?

- beim Aufwachen
- während des Morgens
- mittags
- während des Nachmittags
- abends
- während der Nacht

7. Wo genau hast Du die Kopfschmerzen?

Suche Dir bitte an diesem Modell die richtige Seite und die richtige Stelle auf dem Kopf aus und zeichne ein, wo Du normaler Weise Kopfschmerzen hast.

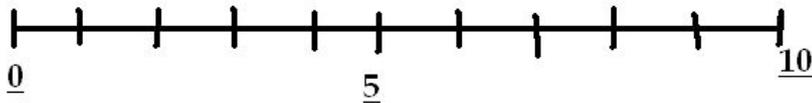


8. Wie fühlen sich Deine Kopfschmerzen an?

- drückend stechend
 klopfend dröhnend
 anders, nämlich _____

9. Wie stark sind Deine Kopfschmerzen?

Trage auf dem Maßband ein, wie stark Deine Kopfschmerzen sind. Kreise zum Beispiel die Zahl 1 ein, wenn es wenig weh tut – die Zahl 5, wenn sie mittelstark sind – die Zahl 10, wenn Du es kaum aushalten kannst.



10. Wann treten Deine Kopfschmerzen häufig auf?

(Du kannst mehrere Kreuze machen)

- wenn ich Sport mache
 wenn ich nicht genug geschlafen habe
 wenn ich mich ärgere
 wenn ich mich freue
 wenn ich erkältet bin
 wenn ich bestimmte oder zu viel Süßigkeiten gegessen habe
 in der Schule
 beim Fernsehen/Computerspielen
 beim Autofahren
 bei Wetterwechsel
 bei anderen Gelegenheiten, nämlich _____

Die Kopfschmerzen treten auch häufig auf, wenn

- ich traurig oder enttäuscht bin
 ich Ärger in der Familie habe
 ich Ärger mit dem Lehrer habe
 ich Streit mit Klassenkameraden habe
 ich schlechte Zensuren habe
 vor oder nach Klassenarbeiten

11. Hast Du gleichzeitig mit Deinen Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?

(Wieder sind mehrere Kreuze möglich)

- mir ist dabei schlecht
- ich muss brechen
- ich habe Bauchschmerzen
- mir ist schwindelig
- ich sehe Sternchen vor den Augen
- mich stört helles Licht
- mich stören laute Geräusche
- ich habe ein komisches Gefühl in der Hand
- ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen
- ich kann einen Arm schlecht bewegen

12. Was machst Du normaler Weise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?

- ich kann weitermachen, was ich gerade tue
- ich muss eine kurze Pause machen
- ich muss mich hinlegen
- etwas anderes, nämlich _____

13. Was hilft bei Deinen Kopfschmerzen am besten?

(Du kannst mehrere Kreuze machen)

- Kühlen des Kopfes
- hinlegen/entspannen
- das Zimmer abdunkeln
- ablenken
- Schmerzmittel
- etwas anderes, nämlich _____

14. Hast du schon einmal gegen Deine Kopfschmerzen eine Medizin bekommen?

- nein
- ja

15. Wie viele Geschwister hast du? _____

16. Lebst Du zusammen

- mit Deinen Eltern
- mit Deiner Mutter allein
- mit Deinem Vater allein
- Mit Großeltern/Pflegeeltern

17. Haben andere Mitglieder Diener Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?

- Großeltern
- Mutter
- Vater
- Geschwister
- weiß nicht

18. Werden gemeinsame Unternehmungen mit der Familie (z.B. Ausflüge) wegen Deiner Kopfschmerzen öfter abgesagt?

- ja
- nein

19. Wenn Du noch etwas sagen möchtest, kannst Du das jetzt hierhin und auf die Rückseite des Fragebogens schreiben:

Liebe Eltern,

Grundlage einer medizinischen Behandlung ist ausreichende Information. Je mehr dem Arzt über Erscheinungsbild, Umstände und Vorgeschichte einer Erkrankung bekannt ist, um so eher kann eine gezielte Behandlung erfolgen. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kopfschmerzen Ihres Kindes. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antworten an und lassen Sie keine Frage aus.

1. Seit wann bestehen die Kopfschmerzen?

Seit _____ Monaten
Seit _____ Jahren

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

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> >3x/ Woche | <input type="checkbox"/> 2-3x/ Woche |
| <input type="checkbox"/> 1x/Woche | <input type="checkbox"/> 2-3x/Monat | <input type="checkbox"/> 1x/Monat |

3. Häufigkeit und Stärke der Kopfschmerzen waren in den letzten drei Monaten:

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <u>Häufigkeit:</u> <input type="checkbox"/> abnehmend | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> zunehmend |
| <u>Stärke:</u> <input type="checkbox"/> abnehmend | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> zunehmend |

4. Wie lange dauern die Kopfschmerzen typischer Weise? (einschließlich Nachtschlaf)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde | <input type="checkbox"/> bis zu 3 Stunden | <input type="checkbox"/> bis zu 6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> bis zu 12 Stunden | <input type="checkbox"/> bis zu 24 Stunden | <input type="checkbox"/> mehr als 1 Tag |
| <input type="checkbox"/> unterschiedlich | | |

5. Sind die Kopfschmerzen von anderen Symptomen begleitet?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> starker Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Augenflimmern | <input type="checkbox"/> Lähmung, Sprechstörung | <input type="checkbox"/> Gefühlsstörung |

6. Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan? (Medikamente, Kur, Entspannung usw.)

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

7. Leidet Ihr Kind neben den Kopfschmerzen an einer anderen Erkrankung?

8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

	<u>Vermutlich Migräne</u>	<u>andere Kopfschmerzen</u>
<input type="checkbox"/> <u>Sie selbst:</u>		
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Welche chronischen Erkrankungen kommen in Ihrer Familie vor?

10. Welche Probleme werden zur Zeit durch die Kopfschmerzen Ihres Kindes hervorgerufen? (Belastungen, Beschwerden und Beeinträchtigungen aus der Sicht der Familie)

11. Wenn Sie den Fragen noch etwas hinzufügen möchten, so schreiben Sie dies bitte auf.
