



Kopfschmerzen – Kinderfragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

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.

Kreuze bitte immer das an, was auf Dich zutrifft. Das können bei einigen Fragen auch mehrere Antworten sein.

1. 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

2. Wie oft kommen bei Dir Kopfschmerzen vor?

- jeden Tag einen halben Tag jeden Monat seltener

3. Wie lange dauern Kopfschmerzen meistens?

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

4. Wie schnell kommen die Kopfschmerzen?

- schnell langsam

5. Wann beginnen die Kopfschmerzen?

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

6. Wo genau hast Du die Kopfschmerzen?

Suche Dir bitte an diesen Abbildungen die richtige Seite und die richtige Stelle auf dem Kopf aus und zeichne ein, wo Du normalerweise Kopfschmerzen hast.



rechte Kopfseite



linke Kopfseite

7. Wie fühlen sich Deine Kopfschmerzen an?

- drückend stechend klopfend dröhnend anders, nämlich _____



8. 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 die Kopfschmerzen mittelstark sind; die Zahl 10, wenn Du es kaum aushalten kannst.



9. Wann treten Deine Kopfschmerzen häufig auf?

- 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 _____

10. Die Kopfschmerzen treten auch häufig auf, wenn

- ich traurig oder enttäuscht bin
- ich Ärger in der Familie habe
- ich Ärger mit Lehrerinnen/Lehrern habe
- ich Streit mit anderen Kindern aus der Klasse habe
- ich schlechte Zensuren habe
- vor oder nach Klassenarbeiten

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

- 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 normalerweise, 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?

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

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

- Ja
- Nein



Dr. Christiane Schreiber

Bödekerstraße 90
30161 Hannover
Tel.: 0511 66 30 39
Fax: 0511 66 30 63
E-Mail: info@kinderarztin-schreiber.de

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 Deiner 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 schreiben:



Kopfschmerzen – Elternfragebogen

Die Grundlage einer medizinischen Behandlung sind ausreichende Informationen. Je mehr 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?

täglich >3x/Woche 2-3x/Woche 1x/Woche 2-3x/Monat 1x/Monat

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

Häufigkeit abnehmend unverändert zunehmend

Stärke abnehmend unverändert zunehmend

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

bis zu 1 Stunde bis zu 3 Stunden bis zu 6 Stunden bis zu 12 Stunden

bis zu 24 Stunden mehr als 1 Tag unterschiedlich

5. Sind die Kopfschmerzen von anderen Symptomen begleitet?

Übelkeit Erbrechen starker Schwindel Augenflimmern Lähmung, Sprechstörung

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?

Ja, an _____

Nein



Dr. Christiane Schreiber

Bödekerstraße 90
30161 Hannover
Tel.: 0511 66 30 39
Fax: 0511 66 30 63
E-Mail: info@kinderaerztin-schreiber.de

8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> vermutlich Migräne | <input type="checkbox"/> andere Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> vermutlich Migräne | <input type="checkbox"/> andere Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> vermutlich Migräne | <input type="checkbox"/> andere Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> vermutlich Migräne | <input type="checkbox"/> andere Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Nein | | |

9. Welche chronischen Erkrankungen kommen in Ihrer Familie vor?

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

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