

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 Begleitscheinungen 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?

- | | Migräne | andere Kopfschmerzen |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ☐ Vater | ☐ | ☐ |
| ☐ Mutter | ☐ | ☐ |
| ☐ Großeltern | ☐ | ☐ |
| ☐ Geschwister | ☐ | ☐ |

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

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

Kopfschmerzkalender Jugendliche

Name: _____

Beginn am: _____

Bitte eintragen	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Ort																												
	l links bds. beidseits re rechts ja/nein																											
Art pochend/pulsierend	ja/nein																											
Ziehend/dumpf/drückend	ja/nein																											
Verstärkt sich bei körperl. Anstrengung	ja/nein																											
Stärke	1-10																											
Dauer der Schmerzattacke	in Stunden																											
Tageszeit	m – morgens mi – mittags a – abends na – nachts																											
Befinden	N – Normal U – Unwohlsein Ü – Übelkeit E – Erbrechen ja/nein																											
Lichtempfindlich	ja/nein																											
Lärmempfindlich	ja/nein																											
Sonstige Symptome (Sehstörung/Schwindel etc.)	ja/nein/was?																											
Schulsausfall	ja/nein																											
Schmerzmittel	ja/nein																											
Wirkung Schmerzmittel	ja/nein																											
Mögliche Auslöser/besondere oder aufregende Ereignisse	na/nein																											

Platz für sonstige Anmerkungen: