

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

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