



Dr. med. Agathe Traut
Brückenstr. 2a
54338Schweich

Selbstauskunftsbogen bei Kopfschmerzen Kinder/Jugendliche

Da Du der Spezialist für Deinen Körper bist,
fragen wir Dich;
Versuche die Fragen alleine zu beantworten,
wenn nötig bitte Mutter oder Vater um Hilfe

Teil 1:

1. Wo genau hast Du die Kopfschmerzen?

Suche Dir bitte an diesem Modell die richtige Seite und die richtige Stelle am Kopf aus und zeichne ein, wo Du normalerweise Kopfschmerzen hast.

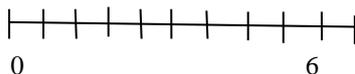


2. Wie fühlen sich Deine Kopfschmerzen an?

- drückend
- klopfend
- stechend
- dröhnend
- anders, nämlich _____

3. 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 6, wenn Du es kaum aushalten kannst.



4. 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_____.

5. 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 Noten habe.
- vor oder nach Klassenarbeiten.

6. 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.

7. Wie oft kommen bei Dir Kopfschmerzen vor?

- Jeden Tag
- Jeden Monat
- Seltener

8. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?

- Nur kurze Zeit.
- Den ganzen Tag.
- Einen halben Tag.
- Länger als einen Tag.

9. Wie schnell kommen die Kopfschmerzen?

- schnell
- langsam

10. Wann beginnen die Kopfschmerzen?

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

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?

- (Du kannst mehrere Kreuze machen)
- kühlen des Kopfes
- hinlegen/entspannen
- das Zimmer abdunkeln
- ablenken
- Schmerzmittel
- Etwas anderes, nämlich_____.

Teil 2 (bitte von Mutter/Vater ausfüllen lassen)

1. Hat ihr Ihr/e Tochter/Sohn gegen ihre/seine Kopfschmerzen eine Medizin bekommen?

- Nein
- Ja, nämlich_____

2. Wie viele Geschwister leben im Haus?

3. Lebt Er/Sie zusammen

- mit Seinen/Ihren Eltern
- mit Seinem/Ihrem Vater
- mit Seiner/Ihrer Mutter
- mit Großeltern/Pflegeeltern

4. Haben andere Mitglieder/innen Ihrer Familie auch Kopfschmerzen oder Migräne?

- Großeltern
- Geschwister
- Mutter
- Vater
- Niemand

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

- Ja
- Nein