



Kopfschmerzfragebogen für Eltern

KINDERÄRZTE MIT PFIFF
Haagweiher 26 · 52525 Heinsberg
Telefon 02452 910 70
info@kinderaerzte-mit-pfiff.de
www.kinderaerzte-mit-pfiff.de



Liebe Eltern,
dieser Fragebogen soll uns helfen, einen Überblick über die Schmerzen Ihres Kindes zu bekommen. Manche Fragen scheinen wenig mit den aktuellen Problemen Ihres Kindes zu tun haben. Schmerzen können jedoch sehr viele Ursachen haben, so dass möglicherweise auch eher unwichtige Einzelheiten eine Bedeutung haben.

Name _____ Datum _____

Anschrift _____

Telefon _____ am besten zu erreichen zu folgenden Zeiten _____

Ihre Familienrolle / Beziehung zum Kind

Mutter Vater Großeltern Andere _____

Vater _____Jahre Mutter _____Jahre

Daten Ihres Kindes

Name _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Geschlecht M W Schulklasse _____

Schulform (z. B. Grundschule, Gesamtschule) _____

Familie und Vorgeschichte

1 Welche gesundheitlichen Probleme oder Grunderkrankungen hatte Ihr Kind früher oder jetzt noch? War Ihr Kind schon einmal schwerer erkrankt?

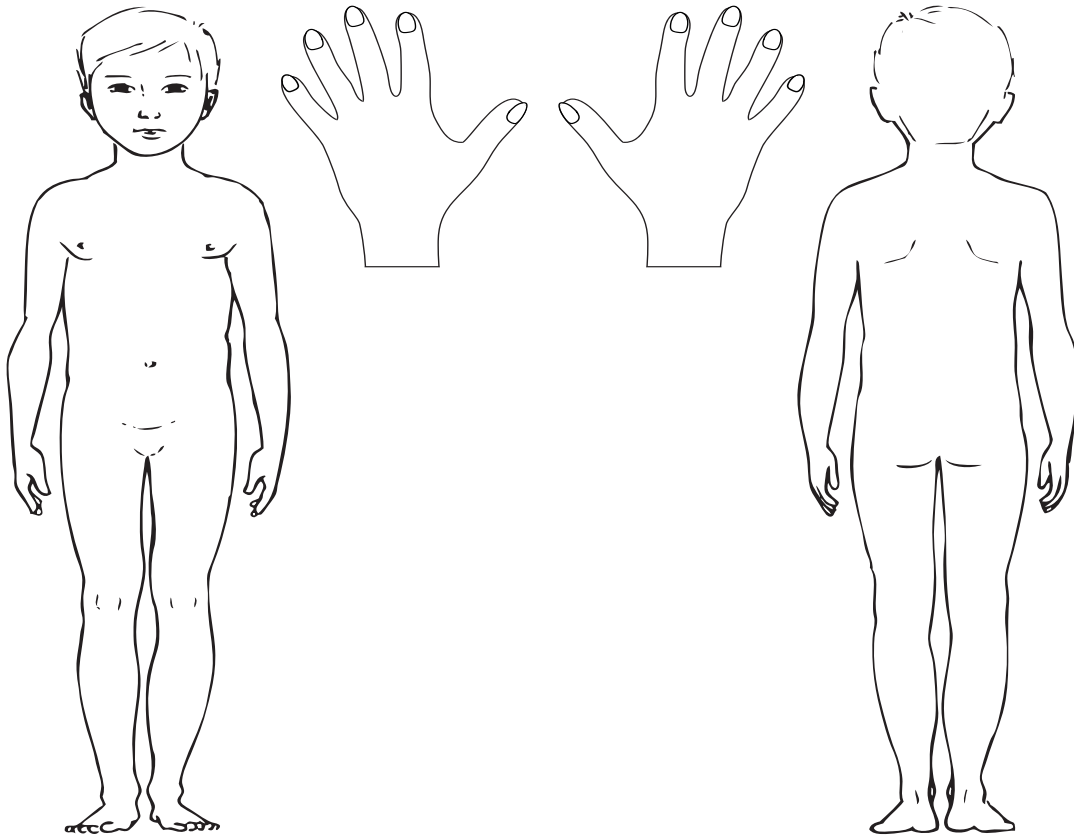
2 Welche aktuellen Belastungen bestehen in Ihrer Familie wie z.B. Trennungssituation, finanzielle Engpässe, schwere Erkrankungen?

3 Welche anderen Familienmitglieder haben häufiger Schmerzen? Welche Art?

Schmerzen Ihres Kindes

4 In welchem Alter hat Ihr Kind erstmalig über Schmerzen geklagt?

5 Wo treten die Schmerzen Ihres Kindes hauptsächlich auf (z. B. Kopf, Bauch, Rücken, vorne, hinten, rechts, links)? Bitte zeichnen Sie die Stellen auch in das Bild ein!



Bitte die schmerzenden Stellen einzeichnen!

6 Wie stark, denken Sie, sind die Schmerzen, die Ihr Kind zur Zeit hat? Bitte kreisen Sie die entsprechende Zahl an

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Keine Schmerzen Stärkste Schmerzen

7 Wie stark waren die stärksten und die schwächsten Schmerzen Ihres Kindes in der letzten Woche? Bitte kreisen Sie die entsprechenden Zahlen ein

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Keine Schmerzen Stärkste Schmerzen

8 Wie stark sind die Schmerzen, die Ihr Kind im Durchschnitt zur Zeit hat? Bitte kreisen Sie die entsprechende Zahl an

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Keine Schmerzen Stärkste Schmerzen

9a Wann im Verlauf des Tages sind die Schmerzen am stärksten (von – bis: Uhrzeit)?

9b Wann im Verlauf des Tages sind die Schmerzen am schwächsten (von – bis: Uhrzeit)?

10 An welchem Wochentag hat Ihr Kind die meisten Schmerzen?

11 Wie häufig treten die Schmerzen bei Ihrem Kind auf?

- Einige Male im Jahr
 Wenige Male im Monat
 Mehrmals in der Woche
 Täglich
 Dauernd

12 Wie lange dauern die Schmerzen (Minuten, Stunden)?

13 Wie häufig treten die Schmerzen bei Ihrem Kind auf?

- Die Schmerzen treten nur anfallsweise auf, zwischendurch ist kein Schmerz
 Die Schmerzen sind ständig da
 Die Schmerzen sind immer vorhanden, zwischendurch ist der Schmerz stärker

14 Welche zusätzlichen Krankheitszeichen gehen mit den Schmerzen Ihres Kindes einher?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lärmempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwellung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Begleiterscheinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15 Welche Auslöser oder Verstärker haben Sie bei den Schmerzen Ihres Kindes beobachtet

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Schlafmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufregung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kälte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wetterwechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Licht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lärm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computerspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hektik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wochenende o. Ferienbeginn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 In der folgenden Tabelle werden die Schmerzen Ihres Kindes genauer beschrieben.

Bitte kreisen Sie ein, was aus Ihrer Sicht am besten zutrifft!

Ich schätze die Schmerzen meines Kindes ein als...

	Nicht	Wenig	Meistens	Genau		Nicht	Wenig	Meistens	Genau
Quälend	0	1	2	3	Schneidend	0	1	2	3
Grausam	0	1	2	3	Klopfend	0	1	2	3
Erschöpfend	0	1	2	3	Brennend	0	1	2	3
Heftig	0	1	2	3	Reißend	0	1	2	3
Mörderisch	0	1	2	3	Pochend	0	1	2	3
Elend	0	1	2	3	Glühend	0	1	2	3
Schauerhaft	0	1	2	3	Stechend	0	1	2	3
Scheußlich	0	1	2	3	Hämmernd	0	1	2	3
Schwer	0	1	2	3	Heiß	0	1	2	3
Entnervend	0	1	2	3	Bohrend	0	1	2	3
Marternd	0	1	2	3	Dumpf	0	1	2	3
Furchtbar	0	1	2	3	Drückend	0	1	2	3
Unerträglich	0	1	2	3	Ziehend	0	1	2	3
Lähmend	0	1	2	3	Pulsierend	0	1	2	3

17 Welche Ursache haben die Schmerzen Ihres Kindes möglicherweise?

Beeinträchtigung durch die Schmerzen

18 Wie wird die Lebensqualität Ihres Kindes durch seine Schmerzen beeinträchtigt?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Familienleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausaufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulbesuch / Kindergarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liebblingsbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeliebte Beschäftigungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 Wie oft ist wegen der Schmerzen Ihres Kindes im letzten Monat Schule / Kindergarten **ausgefallen**

Nie 1 Tag _____Tage

20 Wie oft sind wegen der Schmerzen Ihres Kindes im letzten Monat Freizeitaktivitäten / Sport **ausgefallen**

Nie 1 Tag _____Tage

Schmerztherapie – Vorgeschichte

21 Welche Behandlungen mit Medikamenten oder mit anderen Methoden sind bei Ihrem Kind bisher durchgeführt worden?

Zeitraum	Medikamente, Behandlungen	Wie wirksam? *
		0----1----2----3----4----5
		0----1----2----3----4----5
		0----1----2----3----4----5
		0----1----2----3----4----5

22 Welche Schmerzmedikamente bekommt Ihr Kind zur Zeit?

Medikament	Dosis/Art**	Wie oft pro Tag?	Wann?	Wie wirksam? *
				0----1----2----3----4----5
				0----1----2----3----4----5
				0----1----2----3----4----5
				0----1----2----3----4----5

* 0 = nicht wirksam; 1 = nur wenig wirksam bis 5 = sehr gut wirksam.

** Tabletten (T), Zäpfchen (Supp), Tropfen (Tr.), Hübe (H)

23 Was lindert die Schmerzen Ihres Kindes am besten?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Ausruhen, Entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ablenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wärme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computerspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anders.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24 Wie reagiert Ihr Kind auf seine Schmerzen?

25 Wie reagieren Sie auf die Schmerzen Ihres Kindes?

26 Was ginge besser, wenn die Schmerzen leichter wären?

27 Was soll geschehen, damit Sie sagen können, es hat sich gelohnt zu kommen?

28 Wenn wir etwas nicht gefragt haben, schreiben Sie bitte Ihre Anliegen noch auf!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!