



Kopfschmerzfragebogen für Kinder

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



Hallo!

Wir möchten von Dir einige Informationen über Deine Schmerzen haben. Es kann sein, dass Dir vielleicht Fragen unwichtig vorkommen und mit dem Problem scheinbar nichts zu tun haben. Wir möchten aber einen möglichst guten Überblick bekommen und Dich bitten, den folgenden Bogen auszufüllen. Deine Angaben bleiben natürlich vertraulich.

Name _____ Datum _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Geschlecht M W

Schulform (z.B. Grundschule, Gesamtschule) _____ Schulklasse _____

Zur Vorgeschichte

1 Wann traten die Schmerzen zum ersten Mal auf?

2 Welche Schmerzen bestanden am Anfang?

3 Ist etwas Besonderes passiert, als Deine Schmerzen anfangen?

4 Wie stark sind Deine Schmerzen **momentan**? Kreise die zutreffende Zahl ein!

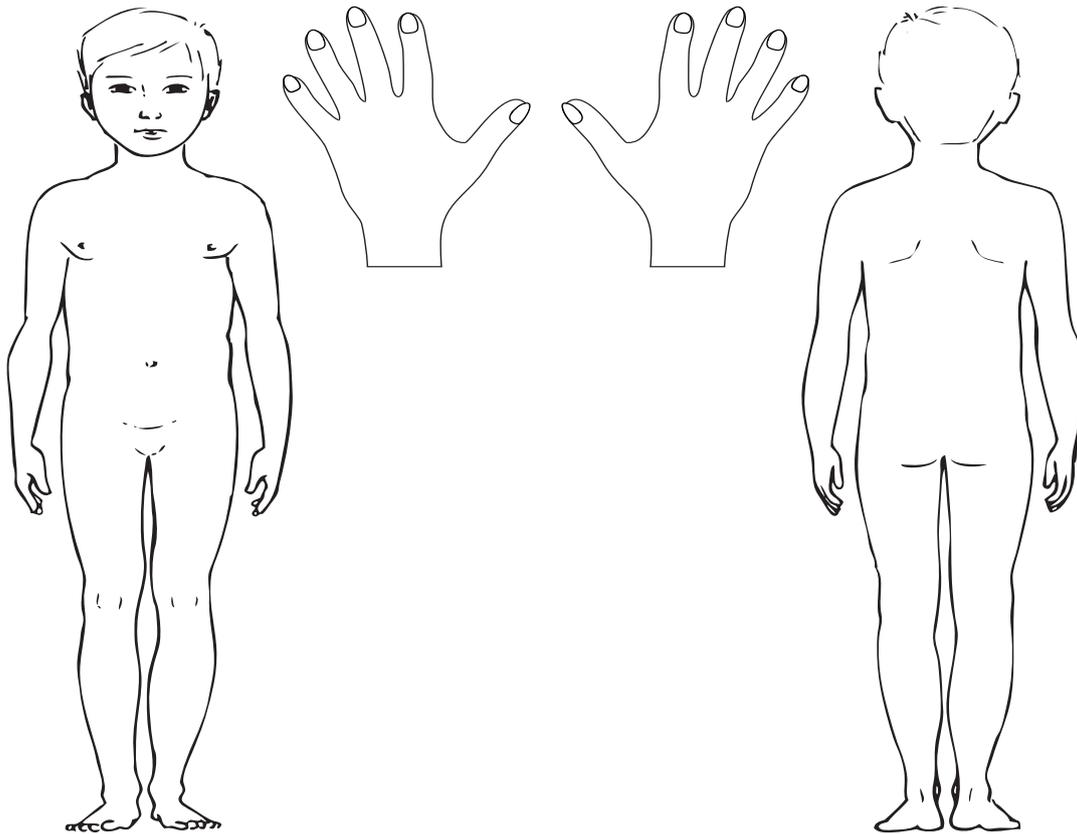
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10
Keine Schmerzen Stärkste vorstellbare Schmerzen

5 Wie stark waren Deine **schwächsten** und Deine **stärksten** Schmerzen in der **letzten Woche**?
Kreise die zutreffende Zahl ein!

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

- 6** Wie oft hast Du Schmerzen?
- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Dauernd | <input type="radio"/> Mehrfach täglich | <input type="radio"/> Täglich | <input type="radio"/> Über die Hälfte der Woche |
| <input type="radio"/> Wöchentlich | <input type="radio"/> Monatlich | <input type="radio"/> Alle 3 Monate | <input type="radio"/> Seltener |

- 7** Wo sind Deine Schmerzen?



Bitte die schmerzenden Stellen einzeichnen! Schreibe die Stärke dazu!

- 8** Was glaubst Du, woher Deine Schmerzen kommen, was der Grund für Deine Schmerzen ist?

- 9** Hast Du noch andere Probleme, die gleichzeitig mit den Schmerzen auftreten?
- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Mir ist schlecht | <input type="radio"/> mich stören laute Geräusche | <input type="radio"/> mir ist schwindelig | <input type="radio"/> mich stört helles Licht |
| <input type="radio"/> ich muß erbrechen | <input type="radio"/> es flimmert mir vor den Augen | <input type="radio"/> ich bin ganz müde | <input type="radio"/> etwas anderes was? _____ |

10 Was löst Deine Schmerzen aus oder verschlimmert sie und wie sehr?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Zu wenig Schlaf	<input type="radio"/>				
Aufregung, Hektik	<input type="radio"/>				
Kälte	<input type="radio"/>				
Wärme, Hitze	<input type="radio"/>				
Körperliche Anstrengung	<input type="radio"/>				
Wetterwechsel	<input type="radio"/>				
Licht	<input type="radio"/>				
Lärm	<input type="radio"/>				
Computerspiele	<input type="radio"/>				
Fernsehen	<input type="radio"/>				
Süßigkeiten	<input type="radio"/>				
Schulprobleme	<input type="radio"/>				
Streit, Ärger	<input type="radio"/>				
Wochenende o. Ferienbeginn	<input type="radio"/>				
Andere	<input type="radio"/>				

11 Wie sehr stören Dich die Schmerzen bei folgenden Beschäftigungen?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Familienleben genießen	<input type="radio"/>				
Freunde treffen	<input type="radio"/>				
Sport	<input type="radio"/>				
Schlafen	<input type="radio"/>				
Fernsehen, Computerspielen	<input type="radio"/>				
Lesen, Spielen	<input type="radio"/>				
Hausaufgaben	<input type="radio"/>				
Schulbesuch	<input type="radio"/>				
Häusliche Pflichten	<input type="radio"/>				
Ungeliebte Beschäftigungen	<input type="radio"/>				

12 In der folgenden Tabelle werden die Schmerzen genauer beschrieben. Bitte kreise an, was für Dich am besten zutrifft!
Ich empfinde meine Schmerzen 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

13 Was tust Du, wenn Du Schmerzen hast?

14 Was tun Deine Eltern, wenn Du Schmerzen hast?

15 Was lindert Deine Schmerzen am besten?

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

16 Welche Dinge in Deinem Leben sollen sonst noch besser werden?

- a)
- b)
- c)

17 Was haben wir vergessen zu fragen?

.....

.....

18 Wenn Du Deine Schmerzen malen/zeichnen möchtest, kannst Du dies gerne noch tun z.B. auf der Rückseite!

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!