S I K I

Strukturierter Schmerzfragebogen
- Kind/ Jugendliche -

Wie ist dein Name (Name des Kindes/ Jugendlichen):

_____

Name der Eltern: _____

Strasse/ Haus-Nr.: _____

PLZ/ Wohnort: _____

E-Mailadresse.: _____

Tel.-Nr.: _____

Wie alt bist du? _____ Jahre Geburtsdatum: _____

Hast du Geschwister? ☐ ja wie viele ☐ ☐ nein

Du bist ein: ☐ Mädchen
☐ Junge

Hast du ein eigenes Zimmer: ☐ ja
☐ nein

Welche Schule machst du zurzeit

☐ Grundschule
☐ Hauptschule
☐ Realschule
☐ Gymnasium
☐ Ausbildung/ weitergehende Schule o.ä.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deinen Kopfschmerz, bitte beantworte sie so gut du kannst!

Kannst du dich erinnern, wann du zum ersten Mal Kopfschmerzen hattest?

Als ich _____ Jahre alt war.

Weiß ich nicht mehr ☐

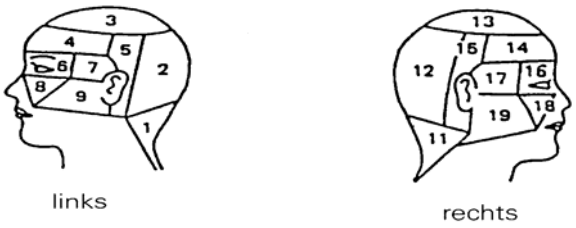
Wie häufig traten deine Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten im Durchschnitt auf?

- ☐ jeden Tag
- ☐ mindestens jede Woche
- ☐ mindestens 2 mal pro Monat
- ☐ seltener

Wie lange dauern deine Kopfschmerzen meistens?

- ☐ bis zu 1 Stunde
- ☐ 1-2 Stunden
- ☐ 2-4 Stunden
- ☐ 4 Stunden bis zu einem Tag
- ☐ länger als einen Tag
- ☐ 2 Tage
- ☐ länger als 2 Tage
- ☐ Ich weiß es nicht

Wo traten die Kopfschmerzen auf? Male die Stelle an, wo die Schmerzen meistens sind!



Wenn Du meistens an beiden Kopfseiten Kopfschmerz hast, musst Du beide Seiten anmalen!

Wie fühlen sich Deine Kopfschmerzen an?

☐ dumpf, drückend

☐ pulsierend, pochend

☐ anders, nämlich

_____

Wie stark sind Deine Schmerzen im Durchschnitt?
Stelle Dir dies als Schmerzthermometer vor und kreuze an!

☺ ☹

☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kein Schmerz — Schlimmster vorstellbarer Schmerz

☐ ich weiß nicht

Wie stark waren die Kopfschmerzen beim schlimmsten Schmerzanfall den Du erinnerst?

☺ ☹

☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐—☐

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kein Schmerz — Schlimmster vorstellbarer Schmerz

☐ ich weiß nicht

Wenn ich Kopfschmerzen habe, dann …? Kreuze an!

	nie	manchmal	oft
stören mich laute Geräusche	☐	☐	☐
stört mich helles Licht	☐	☐	☐
ist mir dabei schlecht	☐	☐	☐
ich muss mich übergeben	☐	☐	☐
wenn ich mich bewege oder aktiv bin, werden die Schmerzen schlimmer	☐	☐	☐

Bevor die Kopfschmerzen anfangen, …

flimmert es mir vor den Augen oder sehe ich Blitze/ Zacken	☐	☐	☐
ist mir schwindelig	☐	☐	☐
habe ich ein komisches Gefühl in den Händen oder Beinen: sie sind taub oder kribbeln	☐	☐	☐
fühlen sich mein Gesicht oder meine Arme oder Beine gelähmt an	☐	☐	☐
kann ich nicht mehr richtig sprechen	☐	☐	☐

anderes, nämlich _____

Was glaubst Du haben Kopfschmerzen für Gründe? Woher kommen sie?

_____

_____

_____

_____

Möchtest du uns noch etwas Wichtiges mitteilen?
(Familie, Vater, Mutter, Geschwister, Freunde, Schule, Gesundheit)

_____

_____

_____

_____

S I K I

Strukturierter Schmerzfragebogen

Eltern

Die folgenden Angaben beziehen sich **alle** auf **Ihr Kind**, das am Kopfschmerztraining teilnimmt.

Vor- und Nachname des Kindes:

_____

Geburtsdatum: ____ ____ _____

Geschlecht: ☐ Mädchen
☐ Junge

Schule
☐ Grundschule
☐ Hauptschule
☐ Realschule
☐ Gymnasium
☐ Gesamtschule

wievielte Klasse _____

☐ Ausbildung

Vor- und Nachname der Eltern: _____

Strasse u. Haus-Nr.: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Emailadresse: _____

Telefon: _____

Schulabschluss: _____

Beruf der Eltern: _____

Kopfschmerzsymptomatik

In welchem Alter hatte Ihr Kind zum ersten Mal Kopfschmerzen?

Als es _____ Jahre alt war.

Wie oft treten die Kopfschmerzen jetzt auf? (Denken Sie an die letzten 6 Monate.)

- ☐ jeden Tag
- ☐ pro Woche ca. _____ mal
- ☐ pro Monat ca. _____ mal

Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?

- ☐ bis zu 1 Stunde
- ☐ 1-2 Stunden
- ☐ 2-4 Stunden
- ☐ 4 Stunden bis zu einem Tag
- ☐ länger als einen Tag
- ☐ 2 Tage
- ☐ länger als 2 Tage
- ☐ Ich weiß es nicht

Ist Ihr Kind wegen seiner Kopfschmerzen einem Arzt vorgestellt worden?

☐ Ja, einmal ☐ Ja, mehrere Male ☐ Nein

Wann zum letzten Mal?

Monat _____Jahr _____

Hat der Arzt eine Diagnose gestellt?

- ☐ keine
- ☐ Migräne
- ☐ Spannungskopfschmerz
- ☐ Kopfschmerz als Folge einer Krankheit ∧ Welche?
  _____
- ☐ weiß ich nicht

Wie haben sich die Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten entwickelt?

Häufigkeit	☐	abnehmend
	☐	unverändert
	☐	zunehmend
Stärke	☐	abnehmend
	☐	unverändert
	☐	zunehmend

Was ist bisher gegen die Kopfschmerzen gemacht worden?

	Ja	Nein
Medikamente	☐	☐
TENS	☐	☐
Entspannungstraining	☐	☐
Auslassdiät	☐	☐
Akupunktur	☐	☐

Anderes: ……..

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind <u>jetzt</u> gegen die Kopfschmerzen ein?

☐ keine

Medikament	Häufigkeit der Einnahme: 1=sehr selten, 2=manchmal 3=oft, 4=jedes Mal
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Was unternehmen sie <u>zurzeit</u> zusätzlich gegen die Kopfschmerzen (Tens, Entspannung, …)?

_____

Leidet Ihr Kind unter einer chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung?

_____

Hiermit bestätige ich, dass die Kopfschmerzen meines Kindes **ärztlich abgeklärt** worden sind. Dabei ist **keine Krankheit** festgestellt worden, die die Kopfschmerzen verursacht und die medizinisch behandelt werden muss.

Unterschrift: _____