



**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

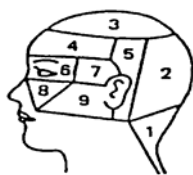
**Wie häufig traten deine Kopfschmerzen in den letzten 6 Monaten im Durchschnitt auf?**

- 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!**



links



rechts

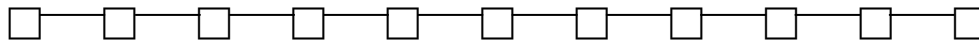
Wenn Du meistens an beiden Kopfseiten Kopfschmerz hast, musst Du beide Seiten anmalen!

**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!



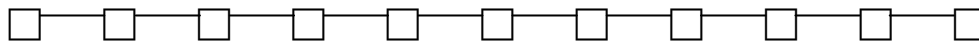
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stört mich helles Licht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist mir dabei schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich muss mich übergeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ich mich bewege oder aktiv bin, werden die Schmerzen schlimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bevor die Kopfschmerzen anfangen, ...**

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

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)

---

---

---

---

# SIKI

## 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  
  
 Ausbildung

wieviele Klasse \_\_\_\_\_

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  $\wedge$  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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auslassdiät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes:	.....	

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind jetzt 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 zurzeit 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: \_\_\_\_\_