



Pädiatrie
Prof. Dr. med. Roger Lauener
Chefarzt

KER-Zentrum
Zentrum für Kinderneurologie,
Entwicklung und Rehabilitation
Dr. med. Oliver Maier
Leitender Arzt

Kontakt / Sekretariat
Info.kerzentrum@kispisg.ch
Tel. 071 243 73 32
Fax 071 243 73 67

St. Gallen, 19.03.2019

Kopfschmerzfragebogen

Liebe Eltern, liebe Jugendliche und Kinder

Gerne möchten wir Sie / möchten wir Dich bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Sollte eine Frage nicht beantwortet werden können, darf diese natürlich offen gelassen werden.

Bitte senden Sie den Fragebogen anschliessend an
**Kopfschmerzsprechstunde, KER-Zentrum, Ostschweizer Kinderspital, Claudiusstrasse 6,
9006 St. Gallen**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Seit wann bestehen die Kopfschmerzen?

Seit Monaten

Seit Jahren

Was macht Ihnen an den Kopfschmerzen besonders Sorgen/Angst und was wünschen Sie sich von uns?

Wie oft kommen die Kopfschmerzen vor?

- Täglich
- Mehr als dreimal pro Woche
- Zwei- bis dreimal pro Woche
- Einmal pro Woche
- Zwei- bis dreimal pro Monat
- Einmal pro Monat
- Seltener, nämlich



Wie lange dauern die Kopfschmerzen typischerweise? (einschliesslich Nachtschlaf)

- Bis zu 1 Stunde
- Bis zu 3 Stunden
- Bis zu 6 Stunden
- Bis zu 12 Stunden
- Bis zu 24 Stunden
- Mehr als einen Tag
- Unterschiedlich, meistens _____

Wann beginnen die Kopfschmerzen meistens?

- beim Aufwachen
- während des Morgens
- Mittags
- während des Nachmittags
- Abends
- während der Nacht

Wie waren die Kopfschmerzen an Stärke und Häufigkeit in den letzten drei Monaten?

Häufigkeit

- Abnehmend
- Unverändert
- Zunehmend

Stärke

- Abnehmend
- Unverändert
- Zunehmend

Sind die Kopfschmerzen von anderen Beschwerden begleitet? Wenn ja durch was?

- Übelkeit/Erbrechen
- Starker Schwindel
- Augenflimmern
- Lähmung, Sprechstörung
- Gefühlsstörung
- Andere, nämlich

Wie fühlen sich die Kopfschmerzen an?

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

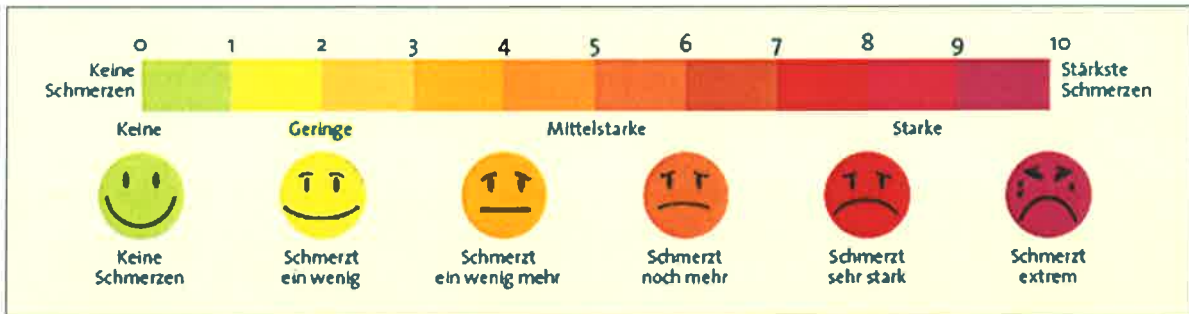
Wo genau sind die Kopfschmerzen?

Suche Dir bitte die richtige Seite und die richtige Stelle auf dem Kopf aus und zeichne ein, wo Du normalerweise Kopfschmerzen hast.



Wie stark sind die Kopfschmerzen?

Trage auf dem Bild ein, wie stark Deine Kopfschmerzen sind. Kreise zum Beispiel die Zahl 1 ein wenn es wenig weh tut – die Zahl 5, wenn sie mittelstark sind – die Zahl 10, wenn Du es kaum aus-halten kannst.



Wann treten die Kopfschmerzen häufig auf?

(es sind mehrere Angaben möglich)

- wenn ich Sport treibe
- wenn ich erkältet bin
- wenn ich mich ärgere
- wenn ich mich freue
- wenn ich nicht genug geschlafen habe
- wenn ich bestimmte Nahrungsmittel oder zu viel Süßigkeiten gegessen habe
- bei anderen Gelegenheiten, nämlich _____
- in der Schule
- beim Fernsehen/Computerspielen
- beim Autofahren
- bei Wetterwechsel

Die Kopfschmerzen treten auch dann häufig auf, wenn

- Ich traurig oder enttäuscht bin
- Ich Ärger in der Familie habe
- Ich Streit mit Klassenkameraden habe
- Ich Ärger mit dem Lehrer/ schlechte Noten habe
- Vor oder nach Klassenarbeiten

Was machst Du / macht Ihr Kind 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 _____

Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen getan?

(z.B. Hinlegen/Ausruhen, Medikamente, Therapien, Entspannungsübungen, u.s.w.)

Massnahme, Behandlung	Dosis	Zeitpunkt und Dauer	Wirksamkeit (0=keine, 5=gut)	Nebenwirkungen

Wurden schon diagnostische Massnahmen ergriffen? (MRI, Augenarztuntersuchung,...)

Hast Du / hat Ihr Kind neben den Kopfschmerzen eine andere Erkrankung?

Welche schulische Einrichtung besuchst Du / Ihr Kind?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spielgruppe | <input type="checkbox"/> Gymnasium |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Schule |
| <input type="checkbox"/> Primarschule | <input type="checkbox"/> Andere (Internat, Privatschule) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sekundarstufe | |

Gab oder gibt es hier Schwierigkeiten? Kommt es durch die Kopfschmerzen zu vermehrten Fehlzeiten?

Was sind Deine Stärken?/ Wo sehen Sie die Stärken Ihre Kindes?

Womit beschäftigst Du Dich gern? Womit beschäftigt sich Ihr Kind gern?

Treibst Du regelmässig Sport und welchen? Bewegt sich Ihr Kind regelmässig an der frischen Luft? Wie oft?

Was fällt Dir schwer? Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

	Vermutlich Migräne	Andere Kopfschmerzen
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grosseltern des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was meinst Du / vermuten Sie, könnte die Ursache für die Kopfschmerzen sein?

Herzlichen Dank und viele Grüsse

Im Namen des Teams der Kopfschmerz-Sprechstunde

Dr. med. Katrin. Lengnick
Oberärztin

Andrea Koller
lic. phil. Psychologin