



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 \_\_\_\_\_

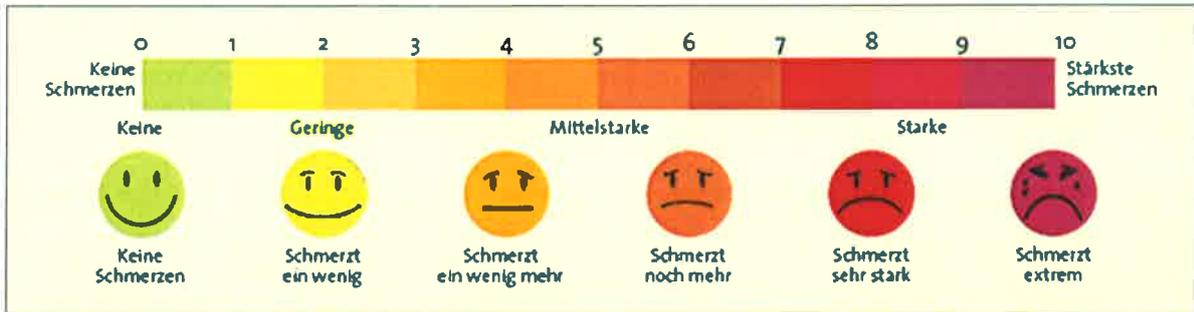
**Wo genau sind die Kopfschmerzen?**

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?**

	<b>Vermutlich Migräne</b>	<b>Andere Kopfschmerzen</b>
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