

## Kopfschmerz-Fragebogen für Kinder und Jugendliche

- 1. Wann hattest Du zum ersten Mal Kopfschmerzen?**
  - erst seit einiger Zeit (in diesem Jahr)
  - seit ich in der Schule bin
  - schon als kleines Kind
  - weiß ich nicht
- 2. Wie oft hast Du Kopfschmerzen?**
  - jeden Tag
  - jede Woche
  - jeden Monat
  - seltener
- 3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen?**
  - nur kurze Zeit
  - einen halben Tag
  - den ganzen Tag
  - länger als ein Tag
- 4. Wann beginnen die Kopfschmerzen?**
  - beim Aufwachen
  - während des Morgens
  - am Nachmittag
  - abends
  - in der Nacht
- 5. Wo sitzt der Schmerz?**
  - im ganzen Kopf
  - nur auf einer Kopfseite
  - hinter den Augen
  - hinter der Stirn
  - in den Schläfen
  - am Hinterkopf
  - im Nacken
- 6. Wie empfindest Du den Schmerz?**
  - pochend
  - krampfartig
  - stechend
  - dröhnend
  - drückend
- 7. Wie stark sind Deine Schmerzen?**
  - es tut wenig weh
  - sie sind mittelstark
  - ich kann sie kaum aushalten
- 8. Hast Du bei Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?**
  - mir ist dabei übel
  - ich muss erbrechen
  - ich habe Bauchweh
  - mir wird schwindelig
  - mich stört helles Licht
  - mich stören laute Geräusche
  - ich sehe Sternchen vor den Augen
  - ich habe ein komisches Gefühl in der Hand
  - ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen
- 9. Wann treten die Kopfschmerzen vor allem auf?**
  - wenn ich Sport treibe
  - wenn ich nicht genug geschlafen habe
  - wenn ich erkältet bin
  - in der Schule
  - beim Fernsehen/Computerspielen
  - bei Wetterwechsel
  - wenn ich traurig bin oder mich ärgere
  - vor oder nach Klassenarbeiten
  - bei anderen Gelegenheiten\_\_\_\_\_
- 10. Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?**
  - ich mache das weiter, was ich gerade tue
  - ich muss eine Pause einlegen
  - ich muss mich hinlegen
  - etwas anderes\_\_\_\_\_
- 11. Was hilft Dir bei Deinen Kopfschmerzen?**
  - Kühlen des Kopfes
  - hinlegen/Entspannen
  - das Zimmer abdunkeln
  - ablenken
  - Schmerzmittel
  - etwas anderes\_\_\_\_\_
- 12. Hast Du gegen Deine Kopfschmerzen schon einmal Medikamente bekommen?**
  - nein
  - ja

13. Durchschnittliche Bildschirmzeit pro Tag: \_\_\_\_\_Stunden

14. Durchschnittliche Zeit f. Sport/ Bewegung an der frischen Luft pro Woche: \_\_\_\_\_Stunden