

**Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  
für chronisch kranke Kinder**

Leitung: Prof. Dr. Angela Kaindl

**Bereich Neuropädiatrie/  
Entwicklungsneurologie**

Komm. Leitung: Dr. K. Drossel

Dr. med. P. Bittigau (petra.bittigau@charite.de)

Telefon (030) 450 566 098

**Kopfschmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche****Name:****geboren:****1. Seit wann hast Du Kopfschmerzen?**

- seit kurzem (in diesem Jahr)
- seit dem Klassen/ Schulwechsel
- seit ich in der Schule bin
- schon als kleines Kind
- ich weiß nicht

**2. Wie oft kommen die Kopfschmerzen bei Dir vor?**

- ... pro Tag
- ... pro Woche
- ... pro Monat
- ... seltener

**3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens an?**

- nur kurze Zeit
- einen halben Tag
- einen ganzen Tag
- länger als einen Tag

**4. Wie kommen die Kopfschmerzen?**

- plötzlich
- langsam
- gibt es bestimmte Warnzeichen vor den Kopfschmerzen, welche?

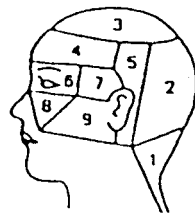
**5. Nimmt die Stärke der Kopfschmerzen zu oder bleibt sie gleich?****6. Wann am Tage fangen die Kopfschmerzen meistens an? (mehrere Antworten möglich!)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> beim Aufwachen      | <input type="checkbox"/> während des Nachmittags |
| <input type="checkbox"/> während des Morgens | <input type="checkbox"/> abends                  |
| <input type="checkbox"/> mittags             | <input type="checkbox"/> während der Nacht       |

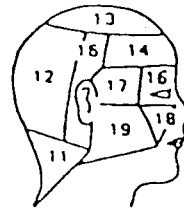
 ganz unterschiedlich**7. Wie fühlen sich Deine Kopfschmerzen an? (mehrere Antworten möglich!)**

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> drückend             | <input type="checkbox"/> unerträglich         | <input type="checkbox"/> nervend |
| <input type="checkbox"/> stechend             | <input type="checkbox"/> heftig               | <input type="checkbox"/> geht so |
| <input type="checkbox"/> klopfend, pulsierend | <input type="checkbox"/> scheußlich           |                                  |
| <input type="checkbox"/> dröhnend             | <input type="checkbox"/> anders, nämlich..... |                                  |

8. Wo sind die Schmerzen lokalisiert?



links



rechts

9. Hast Du mit den Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?

	nie	manchmal	oft
mich stören laute Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich stört helles Licht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ist schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich muss mich übergeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir flimmert es vor Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ist schwindelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich habe Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich bin verspannt am Nacken und Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich bin rot / blass im Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich muss oft zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ein komisches Gefühl in Händen/ Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders, nämlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Gibt es etwas, was die Kopfschmerzen verstärkt?

- Sonnenlicht ; Flimmerlicht
- Wetteränderung
- Stress; Überforderung; Entspannung
- Stimmung (Freude; Traurigkeit; Ärger)
- bestimmte Nahrungsmittel
- Schlaf
- bestimmte Medikamente

11. Hast Du andere körperliche Erkrankungen?

12. Gibt es Beschwerden zwischen den Kopfschmerzepisoden?

- Schwäche; Gangunsicherheit
- Lähmungserscheinungen
- Leistungsknick
- andere, nämlich .....

13. Was tust Du gegen Deine Kopfschmerzen?

14. Nimmst Du regelmäßig Medikamente? Welche? Wie oft?

15. Hat jemand in Deiner Familie auch häufiger Kopfschmerzen?

16. Gibt es Tage; Tageszeiten, Situationen in denen der Kopfschmerz nie auftritt ?

- ja, nämlich .....
- nein