

KOPFSCHMERZ-FRAGEBOGEN FÜR JUGENDLICHE

Hallo,

vor der Visite bitte beantworte diese Fragen, damit wir deine Kopfschmerzen besser verstehen und behandeln können.

Einige Fragen könnten dir unwichtig und ohne Bezug zu deinen Kopfschmerzen erscheinen, da es sich jedoch um ein komplexes Problem handelt, sind auch kleine, scheinbar unwichtige Details wichtig, um deine Kopfschmerzen zu verstehen und zu behandeln.

Alle durch diesen Fragebogen und während unserer Visiten gesammelten Informationen werden streng vertraulich behandelt.

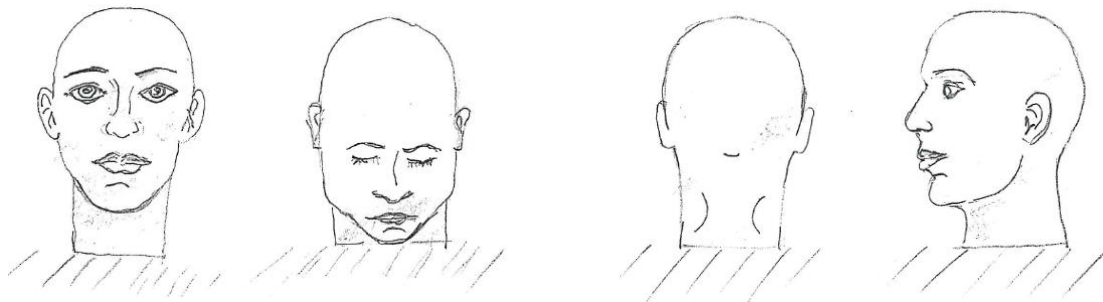
Alles klar?

Solltest du irgendwelche Zweifel und Fragen haben, darfst du gerne bei unserer Visite nachfragen.

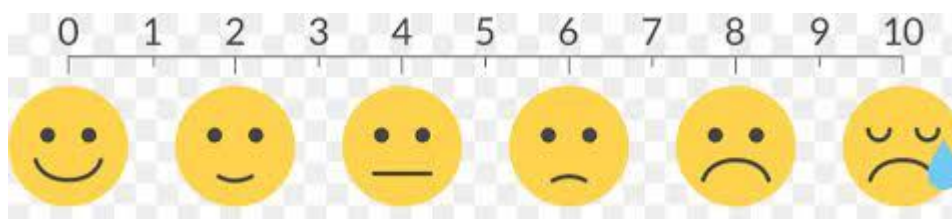
1) Hast du in einem bestimmten Bereich Kopfschmerzen?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** zeichne die Stelle auf der Figur hier unten ein.



2) Wie stark sind deine Kopfschmerzen?



3) Musst du wegen der Kopfschmerzen deine Aktivitäten, auch deine Lieblingsaktivitäten, unterbrechen?

- NEIN
- JA

Wenn JA, schreib auf, um welche Aktivitäten es sich handelt

.....

.....

.....

4) Deine Kopfschmerzen

- pulsieren wie das Herz
- schnüren wie ein Helm
- stechen wie eine Nadel
- treten plötzlich auf

5) Kannst du deine Kopfschmerzen zeichnen?

- NEIN
- JA

6) Wie lange dauern die Kopfschmerzen?

- Minuten Wieviele?.....
- Stunden Wieviele?.....
- Hält den ganzen Tag an Wieviele?.....
- Mehrere Tage

7) Wie oft treten die Kopfschmerzen auf?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> einmal im Monat | <input type="checkbox"/> mehrmals im Monat |
| <input type="checkbox"/> einmal in der Woche | <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche |
| <input type="checkbox"/> einmal am Tag | <input type="checkbox"/> mehrmals am Tag |
| <input type="checkbox"/> dauernd | |

8) Wann hast du Kopfschmerzen?

- nachmittags
- abends
- morgens beim Aufwachen
- vor dem Schulbesuch
- in der Schule
- nach der Schule
- auch wenn ich nicht zur Schule gehe
- nachts
- immer
- Anderes.....

.....

.....

.....

9) Hast du während der Kopfschmerzen auch andere Beschwerden?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- mich stören die lauten Geräusche
 - mich stören die Lichter
 - mich stören manche Gerüche
 - die Kopfschmerzen werden stärker, wenn ich mich bewege oder Sport treibe
 - ich habe das Gefühl, ich muss mich übergeben
 - ich habe Mühe, mich zu konzentrieren
 - ich habe Bauchschmerzen
 - mir ist schwindelig
 - ich sehe schlecht
 - ich spüre ein Kribbeln an einer Hand
 - die Nase ist verstopft
 - ein Auge trânt
 - Anderes.....
-
-

10) Hast du vor den Kopfschmerzen Beschwerden?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- ich fühle mich müde
 - ich habe großen Hunger
 - ich habe schlechte Laune
 - ich schaffe es nicht, mich zu konzentrieren
 - ich sehe Lichtblitze, funkelnde Bilder, Sterne, Zickzacklinien
 - ich habe ein Kribbeln in den Händen
 - Anderes.....
-

11) Was verschlechtert deine Kopfschmerzen?

- Körperliche Anstrengung, z.B. Treppen steigen, laufen, Sport
 - Geräusche
 - längeres Sitzen in einem geschlossenen Raum
 - wenn ich lange Videospiele mache
 - wenn ich mich lange in der Sonne aufhalte
 - wenn ich zu wenig trinke
 - wenn ich gestress bin wegen der Hausaufgaben
 - wenn ich mich ärgere oder mit jemandem streite
 - wenn ich mich langweile
 - wenn ich zu wenig schlafe
 - wenn sich das Wetter ändert
 - beim Husten
 - Anderes.....
-

12) Womit werden deine Kopfschmerzen besser?

- mit Ruhe
 - mit dem Schlaf
 - wenn ich ins Freie gehe
 - wenn ich Sport mache
 - wenn ich mich mit meinen Freunden treffe
 - wenn ich fernsehe
 - wenn ich am Computer spiele
 - Anderes.....
-

13) Was machst du, wenn du Kopfschmerzen hast?

.....

.....

.....

14) Nimmst du gegen die Kopfschmerzen Medikamente?

- NEIN
- JA

Wenn JA welche?.....

.....

.....

15) Ist in der Zeit, in der deine Kopfschmerzen begannen, etwas Besonderes in deinem Leben passiert?

- NEIN
- JA

Wenn JA, was ist passiert?

- warst du krank?
 - hattest du einen Sturz?
 - seid Ihr umgezogen, in eine andere Stadt oder ein anderes Haus?
 - hast du die Schule gewechselt?
 - ist dein/e bester Freund/beste Freundin umgezogen?
 - wurdest du in der Schule gemobbt?
 - haben sich deine Eltern getrennt?
 - Anderes.....
-
-

16) Haben dich deine Kopfschmerzen in den letzten 3 Monaten daran gehindert, Dinge zu tun, die du gerne getan hättest, z. B. Zeit mit Freunden zu verbringen, Spiele zu spielen, Spaß zu haben oder Sport zu betreiben?

- NEIN
- JA

Wenn JA was genau?.....

.....

17) Haben dich deine Kopfschmerzen in den letzten 3 Monaten daran gehindert, die Schule zu besuchen?

- NEIN
- JA, ich war nicht in der SchuleTage

18) Gibt es noch andere Dinge, die du uns über dich oder deine Kopfschmerzen erzählen möchtest oder die dir wichtig erscheinen?

.....

.....

.....

.....

DANKE

NAME UND VORNAME

GEBURTSDATUM:

Für weitere Fragen schreiben oder rufen Sie bitte an:

Dienst für Kinder- und
Jugendneurologie und Rehabilitation:

E-mail: infmpi.bz@sabes.it
Tel: 0471-438868 | Mo./Fr. 8.30-13.00 / 14.00-16.00 Uhr