

# Hallo, ich bin es



# - dein Kopfschmerz !

Bitte kreuze in den vorgegebenen Kästchen  an, was auf dich zutrifft.

Auf den Strichen \_\_\_\_\_ kannst du selber etwas eintragen.

Bist du ein Mädchen ?

Wie alt bist du? \_\_\_\_\_

Bist du ein Junge ?

...und nun geht es los...

1. Hallo, wirst du manchmal von mir  in deinem Kopf gestört ?

Ich kann:

bohren 

hämmern 

stechen 

brummen 

aber auch anderes \_\_\_\_\_

2. Manchmal verursache ich  auch Übelkeit.

Ist Dir das schon einmal passiert, dass dir schlecht wird und du spucken  
musstest?

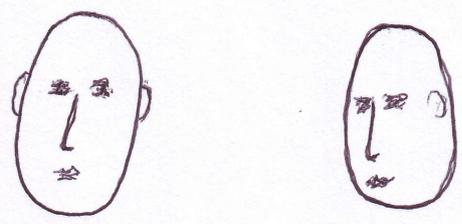
Ja

Nein

Ich weiß nicht mehr...

3. Wo spürst du mich  in deinem Kopf ?

Bitte zeichne mich ein :



4. Wie häufig hast du mich  ?

- jeden Tag
- einmal in der Woche
- an den Schultagen
- am Wochenende
- nicht regelmäßig

5. Kannst du dich daran erinnern wie lange du mich  schon in deinem Kopf spürst ?

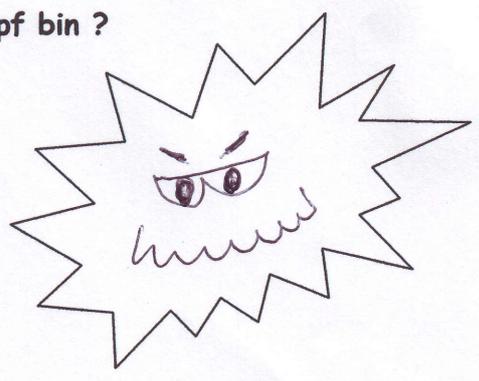
- seit einigen Tagen und länger
- seit dem du in die Schule gehst
- weiß ich nicht

6. Wie stark spürst du mich  wenn ich in deinem Kopf bin ?

Welches Gesicht passt auf deinen Kopfschmerz:

gar nicht ganz stark



### 7. Wann komme ich in deinen Kopf ?

Auf dem Nachhauseweg ?

In der Pause ?

Beim Mittagessen ?

Beim Unterricht ?

Bei den Hausaufgaben ?

In der Schule ?

In der Freizeit ?

Auf den Schulweg ?

Am späteren Nachmittag ?

Beim Aufwachen ?

Gehst du mit mir ins Bett ?

### 8. Bei welchen Freizeitaktivitäten bekommst du Kopfschmerzen ?

- ...wenn ich längere Zeit am Computer sitze 
- ...wenn ich mit meinem Gameboy/ Nintendo spiele oder lerne
-  ...während ich Fernsehen gucke
- ...wenn ich lese 
- ...wenn ich Sport treibe 

9. Was tust du, wenn du mich  hast ?

In einem dunklen Zimmer ausruhen

Schlafen

Wasser trinken

frische Luft

zum Arzt gehen

Medikamente einnehmen

Weißt Du welches ? \_\_\_\_\_

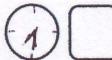
10. Wann stehst du morgens auf ?

An Schultagen ?

\_\_\_\_\_           \_\_\_\_\_

früher 6.00 Uhr 6.30 Uhr 7.00 Uhr 7.30 Uhr 8.00 Uhr später  
 sechs Uhr halb sieben sieben Uhr halb acht acht Uhr

Am Wochenende ?

\_\_\_\_\_           \_\_\_\_\_

früher 7.00 Uhr 7.30 Uhr 8.00 Uhr 8.30 Uhr 9.00 Uhr später  
 sieben Uhr halb acht acht Uhr halb neun neun Uhr

11. Rund ums ins Bettgehen ?

Wann musst du ins Bett ?

        \_\_\_\_\_

7 8 9 10  
 sieben Uhr acht Uhr neun Uhr zehn Uhr später  
 19.00 Uhr 20.00 Uhr 21.00 Uhr 22.00 Uhr später

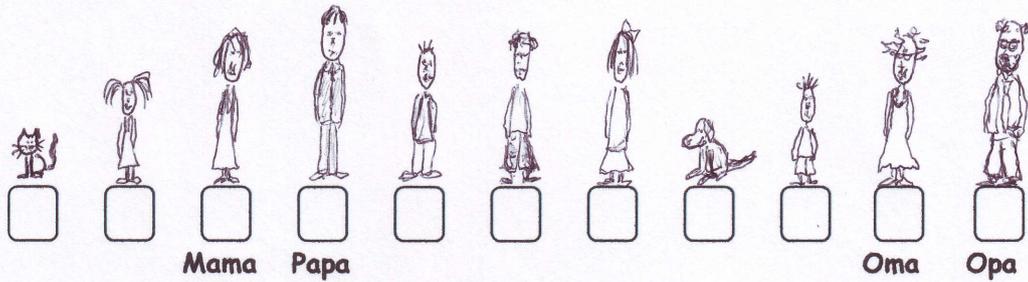
Schläfst du gleich ein ?

Ja

Nein



12. Mit wem wohnst du unter einem Dach ?



13. Hast du Geschwister ?

größer

kleiner

oder keine

14. Verstehst du dich mit deinen Geschwistern ?

ja

nein

mit deinen Klassenkameraden ?

ja

nein

mit deinen Lehrern ?

ja

nein

15. Kannst du dein eigenes Gesicht mit mir drin malen ?

16. Bist du wegen mir  schon einmal behandelt worden,  
zum Beispiel von einem Arzt ?

Ja



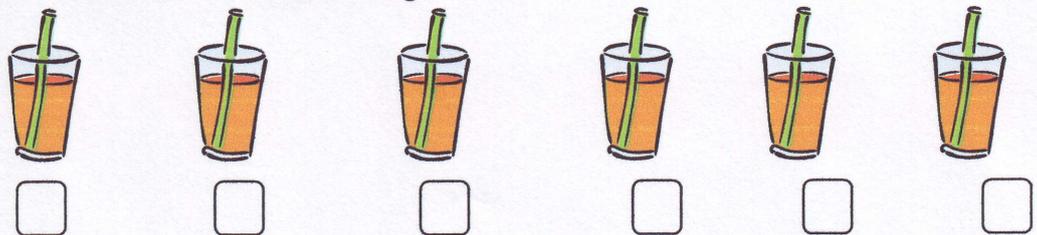
Nein

17. Willst du, dass ich  aus deinem Kopf verschwinde ?

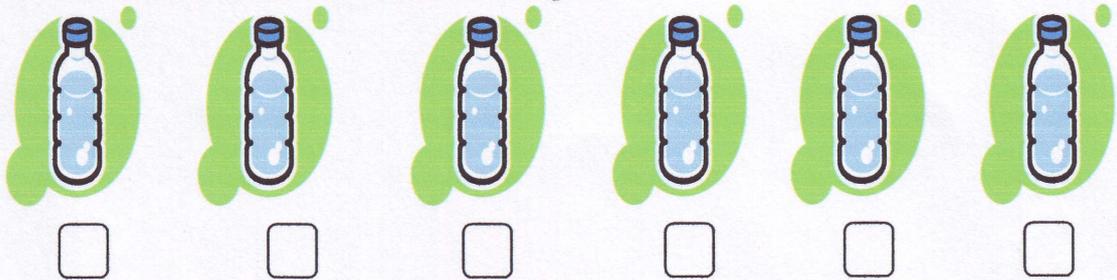
Ja

Nein

18. Wie viele Gläser trinkst du am Tag ?



19. Wie viele kleine Flaschen trinkst du am Tag ?



20. Hast du manchmal Bauchschmerzen ?

Ja  Nein

Wann ? \_\_\_\_\_  
Wie lange? \_\_\_\_\_  
Wie oft? \_\_\_\_\_

21. Kennst du noch andere Schmerzen ? \_\_\_\_\_

22. Kannst du einen Purzelbaum machen ?

Ja

Nein

23. Kannst du in der Schule alles von der Tafel ablesen ?

Ja

Nein



24. Kannst du in der Schule alles gut hören?

Ja



Nein

25. Trägst du eine Brille?

Ja



Nein