

ERSTKONTAKT

Name

Termin



DEUTSCHER  
SCHMERZFRAGEBOGEN  
FÜR KINDER  
UND JUGENDLICHE



BOGEN  
FÜR ELTERN

UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
**AUGSBURG**



Bayerisches Kinderschmerzzentrum

Kinderklinik Augsburg | MUKIS  
Stenglinstr. 2  
86156 Augsburg



Fon: 0821 / 400-9320  
Fax: 0821 / 400-17-9320

E-Mail: [kinderschmerzzentrum@uk-augsburg.de](mailto:kinderschmerzzentrum@uk-augsburg.de)  
Web: [www.uk-augsburg.de/kinderschmerz](http://www.uk-augsburg.de/kinderschmerz)



Deutsches  
Kinderschmerzzentrum

DSF-KJ Eltern Erstkontakt, Version 3.0  
© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln  
Gestaltung: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum

Layout: RDN Agentur für PR, Recklinghausen

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über die Schmerzproblematik Ihres Kindes zu gewinnen und eine umfassende Therapie einzuleiten. Alle Informationen, die wir aus diesem und den weiteren Fragebögen sowie durch Gespräche erhalten, bleiben strikt vertraulich.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Schmerzen sind ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Einzelheiten für uns Bedeutung haben. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten und die Ihres Kindes unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen fortlaufend durch wissenschaftliche Begleitung zu verbessern, benötigen wir Angaben von Ihnen und Ihrem Kind. Diese Angaben werden anonymisiert verarbeitet, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Speicherung der Daten Ihres Kindes und von Ihnen. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Falls Sie keine Einverständniserklärung erteilen möchten bzw. zu irgendeinem Zeitpunkt Ihr Einverständnis widerrufen, entsteht selbstverständlich kein Nachteil bei der Behandlung Ihres Kindes.

Ihr Schmerzteam

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Vor- und Nachname Ihres Kindes

ICH BIN MIT DEM SPEICHERN UND ANONYMEN VERWENDEN DER IN DEN FRAGEBÖGEN ERHOBENEN DATEN MEINES KINDES UND VON MIR EINVERSTANDEN.

Ja

Nein

Ort und Datum

Unterschrift beider Eltern\*

\* Bei besonderen familiären Situationen (z.B. Trennung der Eltern, Alleinerziehende) interessieren uns die Aussagen von denjenigen Bezugspersonen, die seit mindestens einem Jahr mit Ihrem Kind zusammen leben.

# ALLGEMEINE DATEN ZUM KIND UND SEINER FAMILIE

## INFORMATIONEN ÜBER DIE ELTERN

1. HEUTIGES DATUM:

2. IHR NAME:

3. STRASSE/HAUSNUMMER:

4. PLZ/ORT:

5. TELEFON:

6. MOBIL:

6. E-MAIL:

7. DER BOGEN WIRD AUSGEFÜLLT VON:

Mutter  Vater  andere: .....

8. DERZEIT AUSGEÜBTER BERUF DER MUTTER:

Vollzeit  Teilzeit (in %): .....  nicht berufstätig

Besonderheiten (Beispiel: Schichtarbeit): .....

9. DERZEIT AUSGEÜBTER BERUF DES VATERS:

Vollzeit  Teilzeit (in %): .....  nicht berufstätig

Besonderheiten (Beispiel: Schichtarbeit): .....

10. WELCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT HABEN SIE?

MUTTER

Deutsch  andere Staatsangehörigkeit – welche? .....

VATER

Deutsch  andere Staatsangehörigkeit – welche? .....

11. IN WELCHEM LAND SIND SIE GEBOREN?

MUTTER

in Deutschland       in einem anderem Land – welches? .....

VATER

in Deutschland       in einem anderem Land – welches? .....

12. SEIT WANN LEBEN SIE HAUPTSÄCHLICH IN DEUTSCHLAND?

MUTTER

seit meiner Geburt       seit (Jahreszahl) .....

VATER

seit meiner Geburt       seit (Jahreszahl) .....

13. WELCHE SPRACHEN WERDEN BEI IHNEN ZU HAUSE GESPROCHEN?

Deutsch       andere Sprachen – welche? .....

14. SEIT WANNLEBT IHR KIND IN DEUTSCHLAND?

seit seiner Geburt       seit es ..... Jahre alt ist

## DATEN DES KINDES

15. NAME:

16. ALTER:

17. GEBURTSDATUM:

18. GESCHLECHT:

weiblich

männlich

19. WELCHE EINRICHTUNG BESUCHT IHR KIND?

Grundschule

Gesamtschule

Hauptschule

Realschule

Gymnasium

Förderschule

Kindergarten

noch keine

andere: .....

20. UND WELCHE SCHULKLASSE? .....

# INFORMATIONEN ÜBER DIE FAMILIÄRE GEMEINSCHAFT

## 21. WIE IST DER BEZIEHUNGSSTATUS DER ELTERN?

- leben zusammen
- sind getrennt/geschieden seit: .....
- haben nie zusammen gelebt
- verwitwet seit: .....

## 22. BEI WEM LEBT IHR KIND HAUPTSÄCHLICH?

- leiblichen Eltern
- leiblichem Vater
- leiblicher Mutter
- leiblichem Vater und seiner Partnerin
- leiblicher Mutter und ihrem Partner
- Pflegeeltern
- Adoptiveltern
- in einem Heim
- Großeltern oder Verwandten
- Sonstiges: .....

## 23. WER HAT DAS SORGERECHT?

- beide Eltern
- Mutter
- Vater
- andere Bezugsperson: .....

## 24. BITTE NENNEN SIE ALLE GESCHWISTER SOWIE PERSONEN, DIE SEIT MINDESTENS EINEM JAHR MIT DEM KIND IN EINEM HAUSHALT WOHNEN.

BEZIEHUNGSSTATUS ZUM KIND	GEBURTSDATUM
<i>Beispiel: Vater</i>	17.02.1965

## 25. BITTE NENNEN SIE ALLE NAHEN VERWANDTEN/PERSONEN, DIE NICHT MEHR IN EINEM HAUSHALT MIT DEM KIND WOHNEN

BEZIEHUNGSSTATUS ZUM KIND	LEBT/ARBEITET	GEBURTSDATUM
<i>Beispiel: Bruder</i>	<i>studiert in Düsseldorf seit 2 Jahren</i>	15.08.1979



28. GIBT ES BEI FAMILIENMITGLIEDERN ODER WICHTIGEN BEZUGSPERSONEN (Z.B. FREUNDE) SCHWERE ODER CHRONISCHE KRANKHEITEN ODER SCHMERZEN?

Ja  Nein

Falls ja, tragen Sie bitte die folgenden Informationen ein:

WER?	WANN?	ART DER ERKRANKUNG ODER DES SCHMERZPROBLEMS?	AUSGANG DER ERKRANKUNG?
<i>Beispiel: Bruder</i>	<i>seit 2002</i>	<i>Rheuma, Gelenke</i>	<i>Hat er immer noch</i>

29. GIBT ES ZUR ZEIT SCHWERE BELASTUNGEN IN IHRER FAMILIE ODER IM LEBEN IHRES KINDES?

Ja  Nein

Falls ja, benennen Sie diese bitte (zum Beispiel: Scheidung, Trennung, schwere finanzielle Belastung, Krankheit, Hänseleien, Verlust eines Freundes):

.....

.....

.....

.....

.....

30. LEIDET IHR KIND UNTER SCHLAFPROBLEMEN?

Ja  Nein

Falls ja, seit wann? Etwa seit: .....

Falls ja, welcher Art sind die Schlafprobleme:

- Probleme beim Einschlafen
- Probleme beim Durchschlafen
- Andere Probleme, nämlich: .....

## BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN UND BEHANDLUNGEN

31. HAT IHR KIND IN DEN LETZTEN 3 MONATEN MEDIKAMENTE EINGENOMMEN?

Ja  Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

MEDIKAMENT	DOSIS UND ART (Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, Hübe)	WIE OFT PRO TAG? NACH BEDARF?	WARUM bzw. WOGEGEN EINGENOMMEN? ÜBER WELCHEN ZEITRAUM?	WIE WIRKSAM? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
<i>Beispiel: Ben-u-ron</i>	<i>500 mg pro Tablette</i>	<i>nach Bedarf</i>	<i>Gegen die Schmerzen Seit 8 Wochen</i>	<i>2</i>
<i>Beispiel: Antibiotikum</i>	<i>Filmtablette</i>	<i>3x täglich</i>	<i>Nebenhöhlenentzündung Über 10 Tage</i>	<i>3</i>

32. WURDEN IN DER VERGANGENHEIT NOCH WEITERE MEDIKAMENTE GEGEN DIE SCHMERZEN VERABREICHT?

Ja  Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

MEDIKAMENT	DOSIS/ART (Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, Hübe)	WIE OFT PRO TAG? NACH BEDARF?	ZEITRAUM DER EINNAHME	WIE WIRKSAM? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
<i>Beispiel: Ben-u-ron</i>	<i>500 mg pro Tablette</i>	<i>nach Bedarf</i>	<i>Februar bis Oktober 2008</i>	<i>2</i>

33. WURDEN BISHER UNTERSUCHUNGEN ZUR KLÄRUNG DER URSACHE DER SCHMERZEN (AMBULANT UND/ODER STATIONÄR) DURCHGEFÜHRT?

Ja  Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

UNTERSUCHUNG	ZEITPUNKT	VON WEM DURCHGEFÜHRT?
<i>Beispiel: MRT/Schädel</i>	<i>Januar 2008</i>	<i>Praxis Dr. Müller/Dortmund</i>
<i>Beispiel: Orthopäde</i>	<i>Februar 2008</i>	<i>Orthopädische Praxis Dr. Meier/Datteln</i>

34. WURDE BEI IHREM KIND BEREITS EINE SCHMERZDIAGNOSE GESTELLT?

Ja  Nein

Falls ja, welche: .....

35. WURDEN IN DER VERGANGENHEIT BEHANDLUNGEN GEGEN DIE SCHMERZEN DURCHGEFÜHRT (zum Beispiel Entspannungsverfahren, Akupunktur, Elektrische Nervenstimulation (TENS), Krankengymnastik, Massagen, Psychotherapie, Injektionen, Nervenblockaden, Kur-/Rehabilitationsmaßnahmen, Operationen)?

Ja  Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

ZEITRAUM	BEHANDLUNG/OPERATION	WIE WIRKSAM? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
<i>Beispiel: Februar-Oktober 2008</i>	<i>Akupunktur</i>	<i>2</i>

36. WIE VIELE VERSCHIEDENE ÄRZTE/THERAPEUTEN HABEN SIE WEGEN DER SCHMERZEN IHRES KINDES BISHER AUFGESUCHT?

- keine  ca. ....Ärzte/Therapeuten

37. VON WEM WURDE IHR KIND WEGEN SEINER SCHMERZEN BISHER UNTERSUCHT ODER BEHANDELT?

- Kinderarzt  Allgemeinarzt  (Kinder-) Neurologe  
 Orthopäde  Radiologe  (Kinder-) Psychotherapeut  
 (Kinder-) Psychiater  (Kinder-) Chirurg  Schmerztherapeut  
 Heilpraktiker  Physiotherapeut  Andere: .....

38. WIE HÄUFIG HABEN SIE MIT IHREM KIND IN DEN LETZTEN 3 MONATEN EINEN ARZT/THERAPEUTEN WEGEN DER SCHMERZEN IHRES KINDES AUFGESUCHT?

- nie  ca. .... Termine in den letzten 3 Monaten

## DIE SCHMERZCHARAKTERISTIK IHRES KINDES SCHMERZGESCHICHTE IHRES KINDES

39. WANN HAT DAS AKTUELLE SCHMERZPROBLEM IHRES KINDES BEGONNEN?

.....

40. WELCHE BESCHWERDEN HAT IHR KIND ZU BEGINN DER SCHMERZEN GEHABT?

.....

.....

41. HABEN DIE SCHMERZEN IN IHRER STÄRKE GESCHWANKT?

- Ja  Nein

Falls ja, beschreiben Sie dies bitte (zum Beispiel: abnehmend, zunehmend, ständig wechselnd, von Anfang an gleichbleibend, von April bis Juni 1998 ganz verschwunden und so weiter):

.....

.....

42. TRATEN ZU BEGINN DER SCHMERZEN GRÖßERE ODER BESONDERE VERÄNDERUNGEN IN IHREM ODER DEM LEBEN IHRES KINDES AUF?

- Ja  Nein

Falls ja, bitte erläutern:

.....

.....

.....

## AKTUELLE SCHMERZSITUATION

43. WIE NENNEN SIE DIE SCHMERZEN IHRES KINDES (zum Beispiel: Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Bauchweh, Rückenweh, oder anders)? Bitte geben Sie die Schmerzen in der Reihenfolge der Stärke an, die stärksten Schmerzen zuerst.

Schmerzproblem Nr. 1: .....

Schmerzproblem Nr. 2: .....

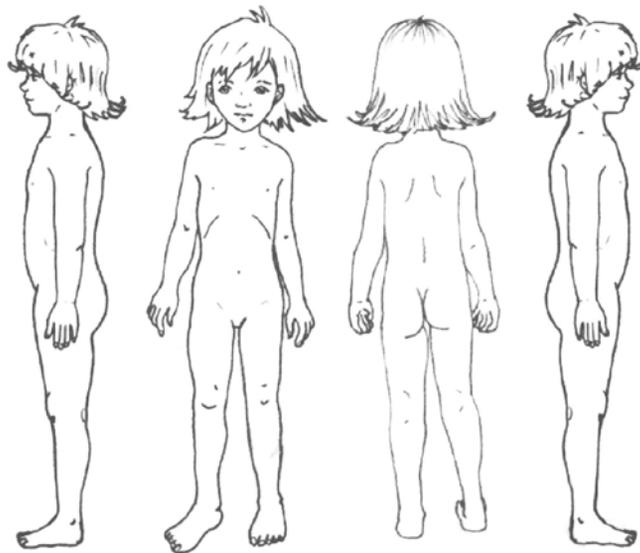
Schmerzproblem Nr. 3: .....

Weitere Schmerzprobleme: .....

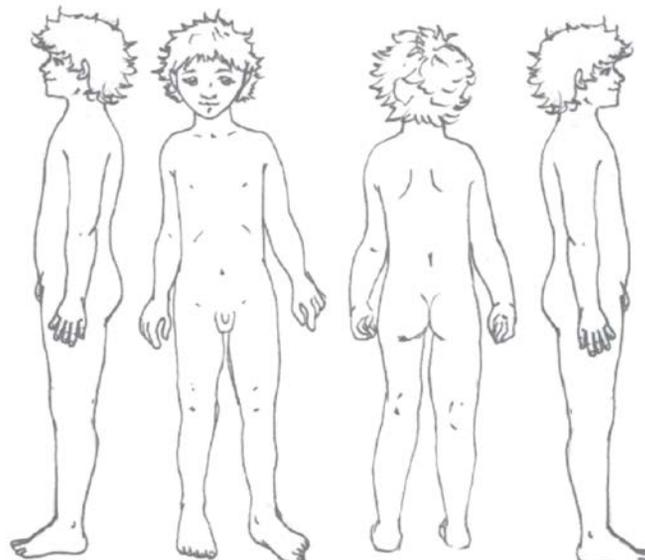
44. BITTE KREUZEN („X“) SIE DIE STELLEN AN, AN DENEN IHR KIND SCHMERZEN HAT.

45. BITTE ZEICHNEN SIE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (○) AN DIE STELLE, AN DER IHR KIND DIE HAUPTSCHMERZEN HAT.

MÄDCHEN



JUNGEN



46. WANN IM TAGESVERLAUF SIND DIE HAUPTSCHMERZEN AM STÄRKSTEN?

47. WANN IM TAGESVERLAUF SIND DIE HAUPTSCHMERZEN AM SCHWÄCHSTEN?

48. WANN IM WOCHENVERLAUF HAT IHR KIND DIE MEISTEN SCHMERZEN?

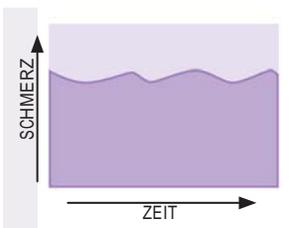
49. WANN IM WOCHENVERLAUF HAT IHR KIND DIE WENIGSTEN SCHMERZEN?

50. IN WELCHER JAHRESZEIT ODER WELCHEM MONAT HAT IHR KIND DIE MEISTEN SCHMERZEN?

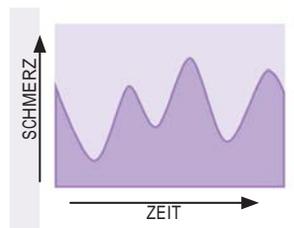
51. WIE HÄUFIG TRETEN DIE HAUPTSCHMERZEN (DIE MIT DEM KREIS ) BEI IHREM KIND AUF?

- einmal pro Jahr
- einmal pro Monat
- einmal pro Woche
- einmal täglich
- dauernd
- mehrmals pro Jahr
- mehrmals pro Monat
- mehrmals pro Woche
- mehrmals täglich

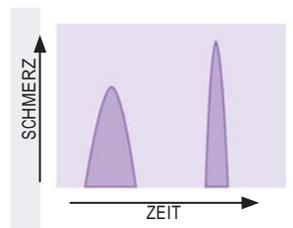
52. WELCHES BILD PASST AM BESTEN ZU DEN HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?



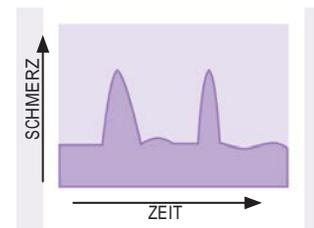
- Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt nur wenig.



- Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt sehr stark.



- Die Schmerzen meines Kindes kommen immer wieder, d.h. sie treten phasenweise oder in Attacken auf. Es gibt auch Zeiten ohne Schmerzen.



- Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Zwischen-durch treten auch zusätzliche, stärkere Schmerz-attacken auf.

53. HAT IHR KIND DAUERND SCHMERZEN (DAS HEISST, DIE SCHMERZEN SIND IMMER DA UND NIE WEG)?

- Nein, die Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg
- Ja, die Schmerzen meines Kindes sind immer da und nie weg

WENN IHR KIND DAUERND SCHMERZEN HAT, SEIT WANN IST DAS SO?

- Seit .....Tagen
- Seit .....Wochen
- Seit .....Monaten
- Seit .....Jahren

54. WIE LANGE DAUERN DIE HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES MEISTENS AN?

- Minuten, nämlich etwa ..... Minuten
- Stunden, nämlich etwa ..... Stunden
- Tage, nämlich etwa .....Tage
- Dauernd

Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über die Hauptschmerzen Ihres Kindes erfahren, d.h. die Schmerzen die Sie in der Körperabbildung mit einem Kreis markiert haben.

Mit den Zahlen können Sie angeben, wie stark die Schmerzen Ihres Kindes sind: 0 bedeutet, dass Ihr Kind keine Schmerzen hat. Bei 1 beginnt ein leichter Schmerz und wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur 10. 10 bedeutet, dass Ihr Kind die stärksten Schmerzen hat.

BITTE DENKEN SIE BEI DEN NÄCHSTEN BEIDEN FRAGEN AN DIE LETZTEN 4 WOCHEN.

55. WIE STARK WAREN DIE STÄRKSTEN SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

56. WIE STARK WAREN DIE SCHMERZEN MEISTENS, WENN IHR KIND IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN SCHMERZEN HATTE?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

BITTE DENKEN SIE BEI DEN NÄCHSTEN BEIDEN FRAGEN AN DIE LETZTEN 7 TAGE:

57. WIE STARK WAREN DIE STÄRKSTEN SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

58. WIE STARK WAREN DIE SCHMERZEN MEISTENS, WENN IHR KIND IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN SCHMERZEN HATTE?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

59. GEHEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES MIT BEGLEITERSCHEINUNGEN EINHER (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)?

keine Begleiterscheinung

Übelkeit

Erbrechen

Lichtempfindlichkeit

Geräuschempfindlichkeit

Sehstörungen

Schwindel

Schwellung

Rötung

Schwäche

schnelle Atmung

Müdigkeit

Angespanntheit

Schlafstörungen

Schwitzen

Verstopfung

Überempfindlichkeit der Haut

Konzentrationsstörungen

Andere: .....

60. MERKEN SIE, WENN SICH SCHMERZEN BEI IHREM KIND ANKÜNDIGEN?

Ja

Nein

Falls ja, welche Zeichen weisen auf kommende Schmerzen hin (zum Beispiel: Steifheit, bestimmte Änderungen in Stimmung oder Verhalten, körperliche Empfindungen oder bestimmte Aussagen)?

.....  
.....  
.....  
.....

61. MIT DER FOLGENDEN LISTE VON EIGENSCHAFTSWÖRTERN KÖNNEN SIE DIE SCHMERZEN IHRES KINDES GENAUER BESCHREIBEN. BITTE LASSEN SIE KEINE DER BESCHREIBUNGEN AUS UND MACHEN SIE IN JEDER ZEILE EIN KREUZ, INWIEWEIT DIE AUSSAGE IHRER MEINUNG NACH AUF IHR KIND ZUTRIFFT.

DIE SCHMERZEN MEINES KINDES SIND MEINER MEINUNG NACH...				
	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
grausam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mörderisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
marternd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unerträglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hämmernd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pulsierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. WENN ES HIER UM IHRE TOCHTER GEHT:

Hat die Regelblutung bei Ihrer Tochter bereits eingesetzt?

Ja  Nein

Falls ja: Wann trat die erste Regelblutung auf? .....

63. TRETEN DIE SCHMERZEN IN DIREKTEM ZEITLICHEN ZUSAMMENHANG ZUR REGELBLUTUNG AUF?

Ja  Nein

Falls ja:

häufig?  immer?

# FAKTOREN, DIE DEN SCHMERZ BEEINFLUSSEN

64. WAS LINDERT, WAS VERSCHLIMMERT DIE HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES?

SITUATION	LINDERND	KEIN EINFLUSS	VERSTÄRKEND
Körperliche Aktivität (Rennen, Fahrrad fahren, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Belastung (Klassenarbeit, Streit, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungünstige Körperhaltung (krummes Sitzen, langes Stehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiger Lagewechsel, Herumgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich Ausruhen, Hinlegen, Ruhighalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Situationen: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		STIMMT	STIMMT NICHT
Die Schmerzen meines Kindes sind durch nichts zu beeinflussen:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. WERDEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES SCHLIMMER, WENN ES ...

	JA	NEIN		JA	NEIN
müde ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ärgerlich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angespannt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beschäftigt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelangweilt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	einsam ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	streitsam ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unglücklich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aufgeregt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66. GIBT ES AUSLÖSER FÜR DIE HAUPTSCHMERZEN BEI IHREM KIND?

Ja  Nein

Falls ja, welche Auslöser weisen auf die Hauptschmerzen hin (zum Beispiel: Schlafmangel, Aufregung, Kälte, körperliche Anstrengung, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Computerspiele, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende oder Ferienbeginn...)?

.....

.....

.....

.....

.....

# UMGANG MIT DEM SCHMERZ

67. WO LIEGEN DIE URSACHEN DER HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES IHRER MEINUNG NACH?

.....

.....

.....

68. WAS MACHT IHR KIND, WENN ES SCHMERZEN HAT? BITTE ERLÄUTERN SIE:

.....

.....

.....

69. WIE REAGIEREN SIE, WENN IHR KIND SCHMERZEN HAT? BITTE ERLÄUTERN SIE:

.....

.....

.....

## IHRE ERWARTUNGEN

70. WIE WÜRD SICH DAS LEBEN IHRES KINDES ÄNDERN, WENN DAS AKTUELLE SCHMERZPROBLEM PLÖTZLICH VERSCHWÄNDE?

.....

.....

.....

71. WIE WÜRD SICH IHR FAMILIENLEBEN VERÄNDERN?

.....

.....

.....

72. UNTER DER ANNAHME, DASS DIE SCHMERZEN BLEIBEN:  
WAS DENKEN SIE, WELCHE DINGE IHR KIND JETZT TUN SOLLTE, DIE IHM SPÄTER HELFEN?

.....

.....

.....

# ALLGEMEINE UND KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN DURCH DIE SCHMERZEN

73. WELCHE DER FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IHRES KINDES WURDEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN DURCH DIE SCHMERZEN BEHINDERT? BITTE UMKREISEN SIE DIE JEWEILS AM EHESTEN ZUTREFFENDE ZIFFER (in Klammern stehen Alternativen für Vorschulkinder):

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben (oder: Malen, Basteln)	1	2	3	4	5
Schulbesuch (oder: Kindergarten)	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen (oder: zum Spielplatz)	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Gibt es noch andere Situationen, bei denen die Schmerzen Ihr Kind behindern oder beeinträchtigen? Oder möchten Sie einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben?

.....

.....

.....

74. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN LETZTEN 3 MONATEN VON DINGEN ABGEHALTEN, DIE ES TUN WOLLTE?

Ja  Nein

Falls ja, bitte erläutern Sie:

.....

.....

.....

75. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN LETZTEN 3 MONATEN VOM SCHULBESUCH (ODER KINDERGARTENBESUCH) ABGEHALTEN?

- Nein  Ja, nämlich an .....Tagen ging es gar nicht in die Schule/den Kindergarten

76. HABEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN LETZTEN 3 MONATEN DAZU GEFÜHRT, DASS ES VORZEITIG DEN UNTERRICHT (ODER KINDERGARTEN) VERLASSEN MUSSTE ODER SPÄTER ZUM UNTERRICHT (ODER KINDERGARTEN) KAM?

- Nein  Ja, nämlich an .....Tagen verließ es vorzeitig den Unterricht (Kindergarten)/konnte es erst später gehen

77. HABEN DIE SCHUL- ODER KINDERGARTENFEHLTAGE IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN GEGENÜBER DEN LETZTEN 3 MONATEN ZUGENOMMEN?

- Nein  Ja

WENN JA: WIE OFT HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN VOM SCHULBESUCH (ODER KINDERGARTENBESUCH) ABGEHALTEN?

- an .....Tagen ging es gar nicht in die Schule/den Kindergarten

78. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER LETZTEN 7 TAGE VON ANSTRENGENDEN KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL RENNEN, RADFAHREN, HEBEN SCHWERER GEGENSTÄNDE ODER DER TEILNAHME AN ANSTRENGENDEN SPORTARTEN?

- Nein  Ja, nämlich ca. an .....Tagen

79. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER LETZTEN 7 TAGE VON GEMÄSSIGTEN KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL MEHRERE ETAGEN TREPPENSTEIGEN, BÜCKEN, SCHNELLES GEHEN ODER HEBEN?

- Nein  Ja, nämlich ca. an .....Tagen

80. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER LETZTEN 7 TAGE VON LEICHTEN KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL GEHEN, SITZEN ODER STEHEN?

- Nein  Ja, nämlich ca. an .....Tagen



PLATZ FÜR NOTIZEN, ANMERKUNGEN, ZEICHNUNGEN

