

Fragebogen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit mit und ohne Hyperaktivität

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu Ihrem ersten Arzt- oder Therapeutenbesuch mit.

Vorname/Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

TT MM JJJJ

Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

- weiblich
 männlich

Sind Ihnen oder anderen Bezugspersonen an Ihrem Kind zuhause- im Kindergarten oder in der Schule folgende Verhaltensweisen aufgefallen?

Unaufmerksam, leicht ablenkbar	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Kann nicht still sitzen	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Ist abwesend, verträumt	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Unterbricht andere Kinder	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Handelt ohne nachzudenken	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Verliert seine Sachen	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Vergisst seine Hausaufgaben	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Ist unordentlich und chaotisch	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Hat Stimmungsschwankungen	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Hat wenig Selbstvertrauen, Angst vor Neuem	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Ist ein Außenseiter	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark

Aufmerksamkeitsstörung – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?

Kann es in der Schule oder bei den Hausaufgaben nicht auf Einzelheiten achten, macht Flüchtigkeitsfehler?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hat kein Interesse am Lesen, Malen oder Basteln?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Scheint es nicht zuzuhören, wenn man es anspricht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Spielt es am liebsten Computer, Game-Boy oder schaut Fernsehen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Verliert es bei einer Aufgabe oder beim Spielen schnell den Faden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verliert oder verlegt Ihr Kind häufig Spielsachen, Bücher, Stifte und die Turnsachen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Braucht sehr lange bei den Hausaufgaben oder macht sie schnell und oberflächlich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lässt es sich leicht durch äußere Reize ablenken?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Hyperaktivität – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?

Kann Ihr Kind beim Essen in der Familie ruhig sitzen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Spricht es schnell und undeutlich, verhaspelt es sich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stört es die Gruppe in der Schule oder im Kindergarten durch häufiges Aufspringen und Herumrennen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Möchte Ihr Kind alles schnell machen oder viele Dinge gleichzeitig tun?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Impulsivität – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?

Handelt es unüberlegt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Braucht es strenge Führung durch Erziehungspersonen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stört es andere beim Spielen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kann es nicht abwarten, bis es an der Reihe ist?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stört den Unterricht durch Dazwischenreden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Tics und Zwangsverhalten – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?

Augenblinzeln	<input type="radio"/>	Angst vor Verschmutzung der Kleidung	<input type="radio"/>
Schniefen, Bewegung der Nasenflügel	<input type="radio"/>	Angst vor ansteckenden Krankheiten	<input type="radio"/>
Grimassen schneiden	<input type="radio"/>	Kontrolle, dass keine Einbrecher kommen oder dass kein Feuer ausbricht	<input type="radio"/>
Unwillkürliche Bewegungen der Hände und Füße	<input type="radio"/>		
Häufiges, exzessives Händewaschen	<input type="radio"/>		

Störungen des kindlichen Gefühlslebens – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?

Angst beim Alleinsein und in der Dunkelheit?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Zerstörung von Gegenständen im Affekt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angst vor Krankheit oder Unfall eines Familienmitglieds?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Provoziert es gerne oder testet die Grenzen bei den Erwachsenen aus?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angst vor Tieren?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Will alles diskutieren, will bestimmen, kann nicht nachgeben?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schulangst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wirkt es häufig unglücklich und traurig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angst, sich vor anderen zu blamieren oder ausgelacht zu werden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kann es über seine Ängste und Sorgen sprechen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Plötzliche, heftige Wutanfälle?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Lernstörungen – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?

Lese- Rechtschreibschwäche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rechenschwäche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-----------------------------	--	-----------------	--

Körperliche Krankheiten und Beschwerden – An welchen körperlichen Krankheiten litt oder leidet Ihr Kind?

Kopfschmerzen, Migräne	<input type="radio"/>	Bauchschmerzen	<input type="radio"/>
Ein- und Durchschlafstörungen	<input type="radio"/>	Blähungen	<input type="radio"/>
Infektanfälligkeit	<input type="radio"/>	Durchfall	<input type="radio"/>
Allergien, Neurodermitis	<input type="radio"/>	Erbrechen	<input type="radio"/>
Bettnässen	<input type="radio"/>		