

# Fragebogen – Erstgespräch ADHS

Bitte vollständig ausfüllen.

## 1. Familiäre Angaben

### Eltern

Bezugsperson | Alter | Beruf | Erkrankungen (körperlich/psychisch)

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Bezugsperson: \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name | Alter | Klasse / Kindergarten | Erkrankungen

---

---

---

### Patient

Alter: \_\_\_\_\_ Schulklasse: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Geistige Behinderung:  Ja  Nein

Körperliche Behinderung:  Ja  Nein

## 2. Medizinische & therapeutische Vorgeschichte

Bisherige Diagnostik:

---

Vorbehandlungen / Therapien:

---

Aktuelle / frühere Medikamente:

---

Seit wann bestehen die Symptome?

---



### 3. Auftreten der Symptome nach Lebensbereichen

Lebensbereich | Hyperaktivität | Konzentrationsprobleme | Impulsivität

Schule |  |  |  |

Zuhause |  |  |  |

Freizeit |  |  |  |

Sonstiges |  |  |  |

### 4. Entwicklung & Belastung

Wie hoch ist der aktuelle Leidensdruck?

gering  mittel  hoch

Kindergarten besucht?

Ja  Nein

Gab es Auffälligkeiten im frühen Kindesalter?

Nein  Ja → Ab welchem Alter? \_\_\_\_\_

Alter bei Einschulung: \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten zur Einschulung?

Nein  Ja → Welche? \_\_\_\_\_

Klassenwiederholung?

Nein  Ja → Welche Klasse? \_\_\_\_\_

### 5. Schule & Leistung

Aktuelle Schule: \_\_\_\_\_

Klasse / Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

Schulnoten (Durchschnitt oder Hauptfächer):

\_\_\_\_\_

### 6. Alltag & Lebensstil

Freizeitaktivitäten / Hobbys:

\_\_\_\_\_

Drogenkonsum:

Nein  Ja → Welche? \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:

Nein  Selten  Regelmäßig

Medienzeit pro Tag: \_\_\_\_\_

Bewegung pro Tag: \_\_\_\_\_

Ernährung (Besonderheiten):

\_\_\_\_\_

Schlafzeiten:

Von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Schlaf erholsam?

Ja  Nein

## 7. Ressourcen & Soziales

Besondere Stärken / Fähigkeiten:

\_\_\_\_\_

Anzahl enger Freunde: \_\_\_\_\_

## 8. Sorgen & Anliegen

Sorgen der Eltern:

\_\_\_\_\_

Sorgen des Patienten:

\_\_\_\_\_

Danke für die Mitarbeit!

Euer Previmed Team