

AD/HS FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Datum _____

Zuweisung von. _____ Adresse _____

Bitte beantworten Sie die Fragen so detailliert wie möglich:

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder? ___ Beidhändig? ___ Verwechseln Sie rechts und links? ___

Warum suchen Sie jetzt nach einer AD/HS-Diagnose? _____

Was verstehen Sie unter dieser Diagnose? _____

Welches Wissen haben Sie über die Behandlung dieser Störung? _____

Kennen Sie jemanden (auch Familienmitglieder), der diese Diagnose hat? ___ Nein ___ Ja.

Wenn ja, wie wird diese Person behandelt? _____

Wurden Sie schon ein mal wegen AD/HS behandelt? Wenn ja, wie?

___ Ritalin ___ Ritalin SR ___ dl-Amphetaminsaft/-Kapsel ___ Risperdal (Risperidon) ___ Zyprexa (Olanzepin)

___ Tresleen (Sertralin) ___ Seroxat (Paroxetin) ___ Seropram(Citalopram) ___ Effexor (Venlafaxin)

___ Catapresan (Klonidin)

___ andere oder unbekannte Medikamente

___ nur Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie)

___ Behandlung nicht bekannt ___ anderes _____

Sonstiges _____

Was sind Ihre größten Sorgen hinsichtlich Ihres derzeitigen Verhalten (oder die Ihrer Familie)? _____

Ab welchem Alter haben – Ihrer Meinung nach - diese Probleme begonnen? _____

Ab welchem Alter hatten Sie Schwierigkeiten wegen dieser Probleme? _____

BEURTEILUNG DER SYMPTOME (Verhaltens - Checkliste)

Waren/Sind irgendwelche der Symptome mehr Problem für Sie als für andere?
In der Schule, bei der Arbeit? Bei Gleichaltrigen?

Unaufmerksamkeitssymptome – die Sie OFT bei sich bemerken:

- Sie schaffen es nicht, Details Aufmerksamkeit zu schenken bzw. Sie machen Schlampigkeitsfehler in der Schule oder bei der Arbeit bzw. bei anderen Tätigkeiten
- Sie haben Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei der Lösung von Aufgaben, beim Spielen bzw. bei der Arbeit aufrechtzuerhalten
- Sie scheinen nicht zuzuhören wenn Sie direkt angesprochen werden
- Sie befolgen Anweisungen nicht und schaffen es auch nicht, Haushaltsaufgaben bzw. Pflichten am Arbeitsplatz zu übernehmen (aber nicht mangels Unfähigkeit, die Anweisungen zu verstehen).
- Sie haben Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
- Sie vermeiden öfters/mögen nicht/gehen widerwillig an Aufgaben heran, die geistige Anstrengung bedürfen, z. B. routinmäßiges Telefonieren oder Papierkram
- Sie verlieren oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben bzw. Tätigkeiten erforderlich sind (z.B. Kugelschreiber, Bleistifte, Bücher, Werkzeuge).
- Sie haben Schwierigkeiten, Aufgaben alleine durchzuführen.
- Sie sind bei alltäglichen Tätigkeiten oft vergesslich

Hyperaktivitätssymptome – die Sie OFT bei sich bemerken:

- Sie trommeln mit Fingern, zupfen mit Händen oder zappeln mit Füßen bzw. winden sich im Sessel.
- Sie verlassen oft den Platz im Büro bzw. in Situationen, in welchen erwartet wird, dass man sitzen bleibt.
- Sie fühlen sich oft innerlich unruhig
- Sie haben auch bei Freizeitaktivitäten oft Schwierigkeiten, ruhig zu bleiben
- Sie sind öfters “in Bewegung” bzw. fühlen sich wie “von einem Motor angetrieben”.
- Sie reden oft übermässig viel
- Sie finden es schwer, zufrieden zu sein

Impulsivitätssymptome – die Sie OFT bei sich bemerken:

- Sie platzen oft mit einer Antwort heraus, bevor die Frage gestellt worden ist.
- Sie beteiligen sich an körperlich waghalsigen bzw. gefährlichen Tätigkeiten
- Sie haben oft Schwierigkeiten, zu warten bis sie an der Reihe sind
- Sie unterbrechen andere Personen bzw. mischen Sie sich in Konversationen bzw. Tätigkeiten anderer ein

Haben Sie/ Ihre Eltern/ jemals eine Behandlungsmöglichkeit für diese Probleme gesucht? Nein Ja

Wenn ja, wann und wo haben Sie dies versucht? _____

Welche Therapien wurden empfohlen und was hat sich dabei verändert? _____

Haben sich Ihre Eltern darüber beklagt, dass sie als Kind schwierig zu lenken waren? Nein Ja
Weiß nicht

SCHULZEIT

Was ist die höchste Ausbildungsstufe, die Sie erreicht haben? _____

Hatten Sie Schwierigkeiten in der Vorschule oder in der 1. Klasse Volksschule? ___Nein ___Ja

Haben Sie eine Klasse wiederholt?
___Nein
___Ja Welche Klasse? _____

Waren Sie jemals in einer Spezialschule/Spezialklasse/Integrationsklasse oder hatten Sie einen Begleitlehrer?

___Nein
___Ja Bitte genauer:
___wegen Probleme mit der Sprache
___wegen Probleme mit Mathematik
___wegen Probleme beim Lesen

Wie waren Ihre Noten in der Schule?
___durchschnittlich
___besser als der Durchschnitt
___schlechter als der Durchschnitt

In welchem Gegenstand waren Sie am besten? _____ ___Nein/Warum nicht _____?

Was war Ihr schlechtester Gegenstand in der Schule? _____

Waren die Lehrer der Ansicht, dass Sie alles so gut machen, wie Sie können? ___Ja ___Nein
___ weiß nicht

Haben Sie Schule geschwänzt?
___nein ___ja
Wenn ja, wie oft und in welcher Klasse?
_____ Klasse _____ wie oft
_____ Klasse _____ wie oft

Wurden Sie jemals aus einer Schule verwiesen oder suspendiert?
___Nein ___Ja

Waren Sie jemals in Raufereien/Auseinandersetzungen in der Schule verwickelt?
___Ja. In welcher Klasse/Schulstufe? _____

Haben Sie manchmal zu raufen begonnen?
___Ja ___Nein ___weiß nicht

Haben Sie jemals bei einer Schulauferei eine Waffe verwendet?
___Ja ___Nein

Sind Sie je von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben?
___Nein ___Ja ___ Wie oft? _____

Wie lange waren Sie am längsten weg? _____

Hatten Sie als Kind oder Teenager wegen Diebstahls, oder Sachbeschädigung Schwierigkeiten?
___Ja ___Nein

Sind Sie als Erwachsener mit dem Gesetz in Konflikt gekommen oder wurden Sie schon einmal verhaftet? ___Nein
___Ja/Warum _____?

Besitzen Sie den Führerschein?
___Ja
___Nein/Warum nicht _____?

Wie _____ viele Strafmandate/Strafverfügungen (ausgenommen wegen Parkens) haben Sie schon bekommen? _____

Wie viele Autounfälle hatten Sie? _____

Hatten Sie jemals Probleme wegen Wutanfälle?
___Ja ___Nein ___weiß nicht

Haben Sie je in einem Wutanfall jemanden verletzt oder fremdes Eigentum beschädigt?
___Nein
___Ja, bitte Details: _____

Beschweren sich andere über Ihre Wutanfälle?
___Nein ___Ja ___ weiß nicht
Wenn ja, wer? _____

BERUFLICHE SITUATION

Wie viele Arbeitsplätze hatten Sie seit Sie 16 Lebensjahr? _____

Wie oft wurden Sie entlassen? _____

Wie oft haben Sie gekündigt? _____

Beurteilung Ihrer beruflichen Leistung:
 gut mittelmäßig schlecht

Haben Sie je besondere Schwierigkeiten mit der Ausübung Ihres Berufes gehabt?
 Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Wie ist Ihre Beziehung zu Chefs/Autoritätspersonen?
 gut mittelmäßig schlecht

Welche Probleme haben Sie gehabt? _____

Wie ist Ihre Beziehung zu Kollegen und Mitarbeitern?
 gut mittelmäßig schlecht

Wenn sie nicht gut ist, was ist die Ursache? _____

Wie oft kommen Sie zu spät zur Arbeit? _____

Wie oft fehlen Sie? _____

Haben Sie jemals ärztlich verschriebene Medikamente missbraucht?
 Nein
 Ja

Welche Medikamente und wie oft? _____

PERSÖNLICHE GEWOHNHEITEN

Wie würden Sie Ihre allgemeine Stimmung beschreiben?
 überwiegend
 normal und ziemlich stabil
 ängstlich und nervös
 depressiv, traurig oder ängstlich
 labil; starke Stimmungsschwankungen
 anders: _____

Haben Sie Gewichtsprobleme?
 Nein Ja Welche? _____

Haben Sie jemals Diätpräparate/ (Appetitzügler) genommen? Nein Ja
 Welche? _____

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Woche? _____
 Details: _____

Häufig verwendete Drogen:

- Marihuana („pot“, „grass“)
- Haschisch
- Amphetamine (illegale Stimulanzien, „speed“, Ecstasy)
- Kokain
- Crack Kokain
- Heroin

andere Opiate wie Codein, Opium, Alodan (Pethidin), Morphinum, Methadon, Substitol (Morphinsulphat), Subutex (Buprenorphin) o. oder Fentanyl (Morphinanalogue)

- LSD, Meskalin, Peyote, DMT, oder PCP („angel dust“, „crystal“)
- Rohypnol (Flunitrazepam), andere Schlaf- od. Beruhigungsmittel
- Andere: _____

Verwenden Sie eine der Drogen jetzt?
 Nein Ja

Haben Sie jemals Drogen zur Entspannung genommen?

Nein Ja
 Wenn Ja, was und wie oft? _____

KINDLICHE ENTWICKLUNG

So fern Sie es wissen, hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft Probleme? Oder während Ihrer Geburt?

Ja Nein weiß nicht

So fern Sie es wissen, war Ihre motorische Entwicklung zeitgerecht (sitzen, stehen, gehen)? Sprechen?

Ja Nein, bitte

eventuell näher ausführen:

_____ weiß nicht

Hatten Sie Kinderkrankheiten?

Nein Ja, welche? _____

Hatten Sie häufig Probleme mit Gleichaltrigen als Kind?

Nein Ja, welche: _____

NEUROLOGISCHE FRAGEN

Haken Sie die u.a. Punkte an und beschreiben Sie diese näher

Gedächtnis:

- anhaltende Vergeßlichkeit
- Schwierigkeiten, sich an Wörter oder Namen zu erinnern
- desorganisiertes Denken

Sprachprobleme:

- Heiserkeit, rauhe Stimme
- Stottern
- zu leises Sprechen

Probleme nach Schlaganfall, ständig oder zeitweilig:

- Schläftheit
- Empfindungslosigkeit
- Unkoordiniertheit
- Lähmung
- gestörtes Gleichgewicht
- schlechte emotionale Kontrolle
- verschlechtertes Gedächtnis
- verbale oder physische Aggression
- Depression
- Angst

Schlafprobleme:

- Schlaflosigkeit
- übermäßige Schläfrigkeit
- lautes Schnarchen
- Atemunterbrechung während des Schlafes
- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten
- zu zeitiges Aufwachen
- Unfähigkeit, wieder einzuschlafen - warum?

Kontrolle der Beinbewegung:

- restless legs (unruhige Beine: ständiger Bewegungsdrang)
- im Schlaf mit den Füßen stoßen
- Gehschwierigkeiten
- Beinzuckungen (beim Stehen oder Sitzen)
- Beinkrämpfe

Probleme beim Sprechen oder beim Schreiben:

- Schönschreiben
- schlechte Sprachverständlichkeit
- schlechte Organisation der Texte bzw.

schlechte Grammatik

Probleme beim Kauen oder Schluckbeschwerden:

- Flüssigkeiten
- festem Essen
- halb-festem Essen
- Schwierigkeiten mit dem Speichel

Probleme beim Riechen oder beim Schmecken:

- übersensibel oder untersensibel
- Geruch oder Geschmack
- Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinn: Ursachen? _____

Probleme beim Sehen:

- seit Geburt
- erworben
- reduziertes Zentralsehen
- Gesichtsfeldausfälle
- nach links ___ nach rechts
- Doppelbilder
 - waagrecht
 - senkrecht
- Blindheit
- links ___ rechts ___ beide Augen

Bewusstseinsverlust:

- epileptische Anfälle ___ Ohnmachtsanfälle
- abnormer Herzrhythmus

Hörschwierigkeiten:

- Ohrgeräusche („Tinnitus“)
- links ___ rechts ___ beide Ohren
- Schwerhörigkeit oder völlige Taubheit
- links ___ rechts ___ beide Ohren

Schulschwierigkeiten:

- Lernschwierigkeiten:
 - Lesen ___ Schreiben
 - Rechnen

Schwierigkeiten wegen Schwäche oder Ungeschicklichkeit:

- Arm ___ links ___ recht ___ beide Arme
- Bein ___ links ___ rechts ___ beide Beine

Probleme wegen „eingeschlafener“ Arme oder Beine oder Kribbeln:

___ Arm ___ links ___ rechts ___ beide Arme

___ Bein ___ links ___ rechts ___ beide Beine

SYNESTHESIE: FRAGEN zu sensorischer Wahrnehmung
(Wenn bestimmte Erlebnisse vielfache sensorische Wahrnehmungen erzeugen)
Lassen Sie die für Sie nicht relevanten Punkte aus

Synesthesie:

- ___ Erzeugen Zahlen bei Ihnen Farbempfindungen?
- ___ Nehmen Sie verschiedenen Formen als Geschmacksformen wahr?
- ___ Haben Tage oder Monate assoziierte Töne bzw Farben?
- ___ Haben bei Ihnen Farben Töne?
- ___ Schreitet die Zeit (die Tage, Wochen u. Monate):
___ im Kreis? ___ in gerade Linien voran?
- ___ Erleben Sie andere Kombinationen?

Erkennen Sie Dinge, die andere nicht erkennen?

- ___ Sehen Sie Aura/ Lichtscheine um Menschen?
- ___ Ja ___ Nein
- Wenn ja, sagen diese etwas über die Menschen aus?
- ___ Ja ___ Nein
- Welche Informationen teilen Ihnen diese Aura mit?
- _____
- _____

KOPFSCHMERZEN

(Wenn Sie diesbezüglich keine Probleme, bitte gleich weiter bei „Allgemeiner Gesundheitszustand“)

- Mit welchem Alter begannen Ihre Kopfschmerzen? _____ ins Genick
- Was könnte der Grund Ihrer Kopfschmerzen sein? _____ ins Gesicht
- _____ in die Zähne

Wo sind die Schmerzen?

- _____ Stirnbereich _____ wechselnd
- _____ Hinterhaupt _____ einseitig

Wie lange dauern üblicherweise die Kopfschmerzen?

Wie oft durchschnittlich leiden Sie an Kopfweh?

_____ Eine bestimmte Zeit am Tag? _____

Was machen Sie, wenn Sie Kopfschmerzen haben?

Werden die Kopfschmerzen :

- ___ ärger
- ___ besser
- ___ gleich?

Sehen Sie während/vor einer Schmerzattacke

- ___ bunte Lichter
- ___ Zickzack-Linien
- ___ tote Winkel?

Frauen:

Haben Sie Kopfschmerzen vor/während der Regel?

___ Ja ___ Nein

Sind Sie im Wechsel?

___ Nein ___ Ja

Haben Sie Wechselbeschwerden, welche?

- ___ Hitzewallungen
- ___ Prämenstruellesyndrom (PMS)
- ___ Erschöpfung

Verursachen die Kopfschmerzen:

- ___ Schwächeanfälle
- ___ Gefühllosigkeit
- ___ Schwindelgefühle
- ___ andere neurologische Symptome?

Nehmen Sie Hormon-Ersatz-Therapie?

___ Nein ___ Ja

Wenn Sie an einer Kopfschmerzattacke leiden, werden Sie durch folgendes belästigt:

- ___ Licht
- ___ Ton
- ___ Gerüche?

Reicht der Schmerz bis:

Führt das Kopfweh zu Übelkeit?
 Nein Ja

Erbrechen?
 Nein Ja

Tränt ein Auge oder sieht es blutunterlaufen aus, wenn Sie Kopfweh haben?
 Nein Ja

Haben Sie:

- Probleme mit den Nebenhöhlen, die entweder die Kopfschmerzen verursachen oder gleichzeitig mit diesen vorkommen
- eine Abweichung der Nasenscheidewand
- Atmung durch den Mund
- Gesichtsverletzungen
- übermäßiges Schnarchen?

Haben Sie Auslöser für Kopfschmerzen wie:
 Stress
 Alkohol
 bestimmte Speisen oder Gerüche

Sind die Kopfschmerzen schlimmer wenn Sie:
 viel Stress erleben
 in der Arbeit oder in der Schule sind
 zu wenig Schlaf gehabt haben?

Koffein macht es
 schlechter besser

Sind die Kopfschmerzen besser nach dem
 Schlafen Erbrechen
 warmen oder kalten Umschlägen
 Biofeedback oder Entspannungstraining
 Weglassen von
 Kaffee/Koffein Alkohol
 Schokolade Rauchen

Wieviele koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie täglich? _____
 Welche? _____

Welche Medikamente haben Sie gegen Kopfschmerzen probiert?

Name	Dosis	Wie lange ?	Resultat

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Besuchen Sie regelmäßig einen Arzt für bestimmte Behandlungen? _____
 Welchen Arzt?: _____
 Wegen welcher Beschwerden/Leiden? _____
 Wann fand die letzte Kontrolle statt? _____

Hatten Sie folgende Probleme?

Allgemein

- Unerklärliche Gewichtsabnahme
- Fieber
- Erkältungen

- Aufschlag
- Veränderung eines Muttermales (Größe/Verfärbung)

Haut

- Jucken
- Trockenheit

Atemwege

- chronischer Husten

- Blut im Hustenauswurf
- Asthma
- Atemschwierigkeiten
- Beschwerden aufgrund des Rauchens

- Rücken- od. Gelenksschmerzen
- Knochenbrüche
- Arthritis

Herz

- Herzgeräusche
- Herzversagen
- Schmerzen in der Brust
- Anschwellen des Knöchels
- Herzinfarkt
- unregelmäßiger Herzschlag
- hoher Blutdruck
- hohes Cholesterin

Magen und Darm

- Geschwüre
- schwarzer Stuhl
- erbrochenes Blut
- Durchfall
- Verstopfung
- Bauchschmerzen
- Sodbrennen
- Blut im Stuhl
- Leberkrankheit

Haben Sie sich jemals einer Dickdarmuntersuchung unterzogen? Nein Ja
 Wann war die letzte Kontrolle für Blut im Stuhl?

Krebs

Ist bei Ihnen jemals ein Krebsleiden behandelt worden?

- Nein
- Ja Welcher? _____

Welche Behandlung bekamen Sie? _____

Muskel und Skelett

- Hals

Hals, Nase und Ohren (HNT)

- Rinnen der Nase
- Verlust des Geschmacks- od. Geruchssinns
- Umweltallergien

Geschlechtsorgane u. Harnwege

- Blut im Urin
- Schmerzen od. Schwierigkeiten beim Urinieren
- Nierensteine
- Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr
- Nierenkrankheiten
- HIV
- sexuell übertragbare Krankheiten

Frauen

- unregelmäßige Regel
- Scheidenausfluss
- Endometriose
- PMS (prämenstruelle Syndrom)

Sind Sie jetzt schwanger?

- Nein Ja

Sind Sie schon im Wechsel bzw sind die üblichen Wechselsymptome schon vorbei?

- Nein Ja

Wann fand die letzte gynäkologische Untersuchung bzw. Scheidenabstrich statt?

Wann wurde die letzte Mammographie durchgeführt?

Hormonelle Systeme

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsen- od. andere hormonelle Probleme

PSYCHIATRISCHE FRAGEN

(leiden Sie an nachfolgenden Symptomen/Problemen?)

- Angst
- psychische Krankheiten
- Alkohol od. Drogenprobleme
- Phobien

- Depressionen
- Panikattacken
- Zwangsstörungen
- Hinweise auf familiäre/ körperliche Gewalttätigkeit

Haben Sie derzeit

- unrealistische Angst vor künftigen Ereignissen
- übertriebene Beschäftigung mit einem Thema
- übertriebenes Bedürfnis, beruhigt zu werden
- ausgeprägte Befangenheit
- ausgeprägte Unfähigkeit, sich zu entspannen
- unrealistische Betroffenheit bezüglich des eigenen Verhaltens in der Vergangenheit

Wie alt waren Sie als diese Probleme begannen? _____ Jahre

- depressive bzw. gereizte Stimmung (fast den ganzen Tag und fast täglich)
- vermindertes Vergnügen bei gewöhnlichen Tätigkeiten
- Verminderung od. Steigerung des Appetits, eventuell im Zusammenhang mit Misslingen eines Gewichtsprogramms
- Schlaflosigkeit bzw. übermäßiges Müdigkeit/Schlafbedürfnis - fast täglich
- psychomotorische Erregung bzw. Verlangsamung (übermäßige bzw. unpassend verminderte Verhaltensweisen)
- Erschöpfung bzw. Energieverlust
- Gefühle der Wertlosigkeit bzw. übermäßige unpassende Schuldgefühle
- verminderte Fähigkeit, sich auf eine Sache zu konzentrieren
- Selbstmordgedanken bzw. -Versuche

Wann begannen diese Probleme? _____

Waren Sie im Laufe des letzten Jahres fast täglich entweder depressiv oder gereizt?

Ja Nein

Halten solche Symptome meistens mehr als 2 Monate an? Ja Nein

OPERATIONEN

Art der Operation	Datum der Operation

MEDIKAMENTE dzt.

Name des Medikamentes	tägliche Dosis	Seit wann verwenden Sie dieses Medikament?

Gegen welche Medikamente sind Sie allergisch? _____

SOZIALES

- Student(-in)
- im Ruhestand

Sind Sie:

- berufstätig
- arbeitslos

Beschäftigung (derzeitige oder vor der Pensionierung)

höchste Ausbildungsstufe: _____

Alkoholkonsum pro Woche

Tabak: – Art und Menge pro Tag

Mit wem leben Sie zusammen? _____

Anzahl der Kinder: _____

Waren Sie beim Bundesheer ? Ja Nein
Falls JA, geben Sie folgendes an:
höchster erreichten Rang,, spezielle Ehren, Pflichten,
Status beim Verlassen des Bundesheeres

Haben Sie Schwierigkeiten in Beziehungen?

Nein
 Ja – erklären Sie diese, bitte: _____

Wieviele intime Beziehungen hatten Sie, die länger als drei Monate dauerten?

Haben Sie noch andere Probleme, die eventuell mit diesen Arztbesuch etwas zu tun haben könnten?

FAMILIENGESCHICHTE

Todesursachen und Alter verstorbener Elternteile oder Geschwister

Familienmitglied	Alter	Todesursache

Haben Sie Blutsverwandte mit:

- Kopfschmerzen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- frühem Herzinfarkt
- HIV
- Schlaganfall/Gehirnschlag
- Migräne
- Epilepsie od. Anfälle
- Drogensucht
- Alkoholismus

- Lernstörungen
- Panikattacken
- Angst
- Zwangsstörungen
- Depressionen
- Krebs? Welcher? _____

