

ADS mit und ohne Hyperaktivität – Selbsttest:

Für die Diagnose muss ein Kind mindestens 7 Symptome vor dem siebten Lebensjahr aufgewiesen haben:

Symptome	Hier bitte ankreuzen
Zappelt oft mit Händen oder Füßen oder rutscht unruhig hin und her (Ruhelosigkeit)	<input type="radio"/>
Kann nur schwer sitzen bleiben, wenn dies von ihm verlangt wird	<input type="radio"/>
Lässt sich leicht durch Außenreize ablenken	<input type="radio"/>
Kann bei Spielen oder in der Gruppe nur schwer abwarten, bis es an der Reihe ist	<input type="radio"/>
Platzt oft mit der Antwort heraus, bevor die Frage vollständig gestellt ist	<input type="radio"/>
Hat Schwierigkeiten, Aufträge auszuführen, auch wenn es sie verstanden hat und willig ist	<input type="radio"/>
Hat Schwierigkeiten, bei Aufgaben oder Spielen länger aufmerksam zu sein	<input type="radio"/>
Springt häufig mitten aus der einen Aufgabe zur nächsten	<input type="radio"/>
Kann nur schwer ruhig spielen	<input type="radio"/>
Redet häufig übermäßig viel	<input type="radio"/>
Unterbricht oft andere oder drängt sich ihnen auf	<input type="radio"/>
Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn man mit ihm spricht	<input type="radio"/>
Verliert häufig Gegenstände, die es für Aufgaben oder Aktivitäten in der Schule oder zu Hause braucht	<input type="radio"/>
Unternimmt oft ohne Rücksicht auf die möglichen Folgen körperlich gefährliche Aktivitäten	<input type="radio"/>

Datenblatt: Bitte ausfüllen

Name des Kindes:
Adresse:
Telefon:
Geburtsdatum des Kindes:
Geburtsdatum des Kindesvaters:
Geburtsdatum der Kindesmutter:
Beruf des Kindesvaters:
Beruf der Kindesmutter:
Aufenthaltort des Kindes:
Obsorgeträger:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

Wohnverhältnis	<input type="checkbox"/> o Miete	<input type="checkbox"/> o Eigentum			
Geschwisterfolge:					
Name des Erstgeborenen:		<input type="checkbox"/> o weiblich	<input type="checkbox"/> o männlich	Geburtsjahr:	
Name des Zweitgeborenen:		<input type="checkbox"/> o weiblich	<input type="checkbox"/> o männlich	Geburtsjahr:	
Name des Drittgeborenen:		<input type="checkbox"/> o weiblich	<input type="checkbox"/> o männlich	Geburtsjahr:	
Name des Viertgeborenen:		<input type="checkbox"/> o weiblich	<input type="checkbox"/> o männlich	Geburtsjahr:	
Name des Fünftgeborenen:		<input type="checkbox"/> o weiblich	<input type="checkbox"/> o männlich	Geburtsjahr:	
ADS mit od. ohne Hyperaktivität beim anzumeldenden Kind diagnostiziert	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Geburt durch Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Geburtskomplikationen	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Familienstand	<input type="checkbox"/> o verheiratet	<input type="checkbox"/> o Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> o geschieden	<input type="checkbox"/> o ledig	
Beschulung des Kindes	<input type="checkbox"/> o Volksschule	<input type="checkbox"/> o Hauptschule	<input type="checkbox"/> o Sonderpädagogisches Zentrum	<input type="checkbox"/> o Integrationsklasse	<input type="checkbox"/> o Unterricht mit Stützkraft
Nachmittagsbetreuung	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Psychotherapie/Beratung	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Logopädie	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> o nein			
Unfälle	<input type="checkbox"/> o keine	<input type="checkbox"/> o selten	<input type="checkbox"/> o häufig	o welche:	
Verletzungen	<input type="checkbox"/> o keine	<input type="checkbox"/> o selten	<input type="checkbox"/> o häufig	o welche:	
Krankheiten	<input type="checkbox"/> o keine	<input type="checkbox"/> o selten	<input type="checkbox"/> o häufig	o welche:	