

Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten (NW-ADHS)

Name des Kindes: Florian Datum heute: _____

Beurteiler: Mutter

Sie finden eine Liste von Verhaltensweisen und Problemen, die in einzelnen Fällen bei einer medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen auftreten können. Beurteilen Sie bitte für die zurückliegende Woche, wie stark diese Verhaltensweisen und Probleme ausgeprägt waren, indem Sie eine der Zahlen zwischen 0 (überhaupt nicht) und 9 (sehr häufig/sehr stark) ankreuzen.

Wenn Sie das Verhalten oder Problem in der vergangenen Woche *nicht beobachtet* haben, dann kreuzen sie bitte die 0 an. Wenn Sie das Verhalten oder Problem *sehr häufig beobachtet haben oder wenn es sehr stark ausgeprägt war*, dann kreuzen Sie bitte die 9 an. Sie können auch eine andere Zahl ankreuzen, wenn das Verhalten oder Problem weniger stark oder weniger häufig aufgetreten ist. Kreuzen Sie bitte immer eine Zahl an, auch wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

	überhaupt nicht	sehr häufig! sehr stark
1. hat Probleme beim Einschlafen oder andere Schlafstörungen	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5 6 7 8 9	
2. hat Alpträume	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
3. starrt ins Leere oder hat Tagträume	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6 7 8 9	
4. spricht mit anderen wenig	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
5. interessiert sich nicht für Andere	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
6. hat wenig Appetit	0 1 2 3 4 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7 8 9	
7. ist empfindlich oder reizbar	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6 7 8 9	
8. hat Magenschmerzen	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
9. hat Kopfschmerzen	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
10. klagt über Schwindel	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
11. wirkt traurig	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6 7 8 9	
12. weint schnell	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6 7 8 9	
13. ist ängstlich	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
14. beißt Fingernägel	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
15. wirkt über die Maßen fröhlich oder euphorisch	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
16. ist müde	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6 7 8 9	
17. hat nervöse Zuckungen oder Tics	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9	