

ADHS-Tagesprofilbogen für Eltern (ADHS-TAP-Eltern)

Name des Kindes: Markus Beurteiler: Mutter Vater andere: _____

Datum heute: _____ Beurteilungszeitraum: _____

Wie problematisch war nach Ihrer Einschätzung das Verhalten des Kindes zu den einzelnen Tageszeiten in der letzten Woche (nur Schultage)?

Verhalten	Problemstärke			
	Morgens (Wecken, Anziehen usw.)	Nachmit- tags bis ca. 16.00 Uhr (Essen, Haus- aufgaben)	Später Nachmittag bis ca. 19.00 Uhr	Abends, einschließ- lich zu Bett gehen
	gar nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	gar nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	gar nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	gar nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. <i>Unaufmerksamkeit</i> : Ist unaufmerksam, ablenkbar, kann sich nicht konzentrieren oder passt nicht auf	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>
2. <i>Unruhe</i> : Ist unruhig, übermäßig aktiv, zappelig oder kann nicht sitzen bleiben	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>
3. <i>Impulsivität</i> : Ist impulsiv, kann nicht abwarten, unterbricht andere oder handelt, ohne zu überlegen	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3
4. Hält sich nicht an Regeln und Anweisungen	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>
5. Ärgert andere, zeigt aggressives Verhalten oder hat Wutausbrüche	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
6. Wie problematisch ist das Verhalten insgesamt?	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>

bitte wenden

Beurteilen Sie noch bitte, wie stark Sie folgende Verhaltensweisen und Probleme in der letzten Woche bei dem Kind beobachten konnten.	gar nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark
1. Wirkt ängstlich oder besorgt	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
2. Weint schnell, wirkt traurig oder bedrückt	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
3. Wirkt müde, apathisch oder lustlos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
4. Zieht sich zurück oder macht nichts mit anderen zusammen	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
5. Wirkt mürrisch oder reizbar	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
6. Hat nervöse Zuckungen oder Tics (z. B. Augenblinzeln, Kopfrucken)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
7. Zupft sich, beißt Fingernägel, beißt auf die Lippen	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
8. Klagt über Kopfschmerzen	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Klagt über Bauchschmerzen	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Hat wenig Appetit	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
11. Hat Probleme beim Einschlafen oder andere Schlafprobleme	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Vielen Dank.