

Symptomcheckliste mit Selbstbericht-Skala für Erwachsene mit ADHS (ASRS-v1.1)

Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-v1.1)

Patientenname: _____ Heutiges Datum: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.	Nie	Seiten	Manchmal	Oft	Sehr oft
--	-----	--------	----------	-----	----------

Teil A

1. Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Details eines Projekts abzuschließen, nachdem die schwierigen Teile abgeschlossen sind?					
2. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu ordnen, wenn Sie eine Aufgabe haben, die Organisation erfordert?					
3. Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verpflichtungen zu erinnern?					
4. Wie oft vermeiden oder verschieben Sie es, eine Aufgabe zu beginnen, die viel Nachdenken erfordert?					
5. Wie oft sind Sie zappelig oder bewegen die Hände oder Füße, wenn Sie lange Zeit sitzen müssen?					
6. Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und unter dem Zwang, Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben wären?					

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
--	-----	--------	----------	-----	----------

Teil B

7. Wie oft machen Sie Flüchtigkeitsfehler, wenn Sie an einem langweiligen oder schwierigen Projekt arbeiten müssen?					
8. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben, wenn Sie langweilige oder sich wiederholende Arbeiten verrichten?					
9. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, sich auf das, was man Ihnen sagt, zu konzentrieren, selbst wenn man Sie direkt anspricht?					
10. Wie oft verlegen Sie Dinge zuhause oder bei der Arbeit bzw. haben Schwierigkeiten, sie zu finden?					
11. Wie oft lassen Sie sich durch Aktivitäten oder Geräusche in Ihrer Umgebung ablenken?					
12. Wie oft verlassen Sie Ihren Platz bei Besprechungen oder in anderen Situationen, wo von Ihnen erwartet wird, dass Sie sitzen bleiben?					

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
-----	--------	----------	-----	----------

Teil B

13. Wie oft sind Sie unruhig oder zappelig?				
14. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, abzuschalten und sich zu entspannen, wenn Sie Zeit für sich haben?				
15. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie in geselligen Situationen zu viel reden?				
16. Wie oft kommt es in einer Unterhaltung vor, dass Sie die Sätze Ihrer Gesprächspartner beenden, bevor diese sie selbst beenden können?				
17. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind?				
18. Wie häufig unterbrechen Sie andere Leute, wenn diese arbeiten oder mit anderen Dingen beschäftigt sind?				

© 2003 World Health Organization (WHO).
Reprinted with permission of WHO. All rights reserved.