

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: _____

Beurteilen Sie bitte jedes Symptom, indem Sie die angemessene Zahl für jeden Tag in das zugehörige Kästchen eintragen!

- 0 = überhaupt nicht oder symptomfrei
- 1 = ein wenig
- 2 = oft
- 3 = sehr oft
- 4 = extrem oft
- 5 = fast immer

Beurteiler: _____ 1. Kind
 _____ 2. Mutter
 _____ 3. Vater
 _____ 4. andere

Datum	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
-------	----	----	----	----	----	----	----

Einfache motorische Symptome

Augenzwinkern							
Andere Gesichtstics							
Kopfwerfen							
Schulterwerfen							
Armbewegungen							
Finger- und Handbewegungen							
Bewegungen der Bauchmuskulatur							
Schliessende Beinbewegungen							
Gespannte Körperteile							
Andere							
Andere							

Summe einfacher motorischer Symptome _____

Komplexe motorische Symptome

Berühren von Körperteilen							
Berühren anderer Menschen							
Berühren von Objekten							
Kann Handlungen nicht beginnen							
Verletzt sich selber							
Klopfen mit Finger oder Hand							
Hüpfen							
An Gegenständen nesteln (Kleidung usw.)							
Kopropraxie (obszöne Gesten)							
Andere							
Andere							

Summe komplexer motorischer Symptome _____

Datum	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
-------	----	----	----	----	----	----	----

Einfache Phonationssymptome

Geräusche							
Grunzen							
Räuspern							
Husten							
Andere							
Andere							

Summe einfacher Phonationssymptome _____

Komplexe Phonationssymptome

Worte							
Wiederholt eigene Worte/Sätze							
Wiederholt fremde Worte/Sätze							
Koprolalie (obszöne Worte)							
Beleidigt (Mangel an Hemmung)							
Andere							
Andere							

Summe komplexer Phonationssymptome _____

Verhalten

Streitsüchtig							
Geringe Frustrationstoleranz							
Wutausbrüche							
Provozierend							
Andere							
Andere							

Summe an Verhaltenssymptomen _____