

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: _____

Bitte beurteilen Sie in einer zusammenfassenden Beurteilung einzelner Bereiche den Verlauf / die Therapie des o. g. Kindes / Jugendlichen im Vergleich zu seinem Zustand bei der Erstuntersuchung. Wie stark hat er / sie sich verändert?

| | Sehr stark verbessert | stark verbessert | leicht verbessert | unverändert | leicht verschlechtert | stark verschlechtert | sehr stark verschlechtert |
|-------------------------------|-----------------------|------------------|-------------------|-------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|
| Aufmerksamkeitsstörung | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Hyperaktivität | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Impulsivität | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Aggressivität / Dissozialität | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Angst | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Depression | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Tics | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| Lernstörungen | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| _____ | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| _____ | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| _____ | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |
| _____ | + 3 | + 2 | + 1 | 0 | - 1 | - 2 | - 3 |