

# ADHS-DC

## ADHS-Diagnostische Checkliste

# HASE

Patienten-Nr. |\_|\_|\_|\_|

Datum |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
T T M M J J

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
T T M M J J

Alter (in Jahren) |\_|\_|

Bitte beurteilen Sie, ob bei Ihrem Patienten (Ihrer Patientin) folgende Symptome vorliegen. Ziehen Sie zur Beurteilung der einzelnen Symptome alle verfügbaren Informationen heran (Schilderungen des Patienten, Verhaltensbeobachtung, fremdanamnestische Befunde). Bewertungsgrundlage ist die Symptomatik der **vergangenen Woche**.

### A: Unaufmerksamkeit

Patient ...

- |   | ja                                  | nein                                |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ist häufig unaufmerksam gegenüber Details oder macht Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit und sonstigen Aktivitäten. ....                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2. ist häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten (z. B. Lesen, Fernsehen) aufrechtzuerhalten. .... | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. hört häufig scheinbar nicht zu, auch wenn er direkt angesprochen wird. ....  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. führt Aufgaben und Pflichten am Arbeitsplatz nicht so zu Ende, wie sie ihm erläutert wurden. ...   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 5. hat Probleme, Aufgaben, Vorhaben und Aktivitäten zu organisieren (z. B. Urlaubsplanungen). ...   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6. vermeidet Arbeiten, die geistige Anstrengung erfordern. Er fühlt sich bei solchen Arbeiten unwohl und sie liegen ihm nicht. ....             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. verlegt häufig wichtige Gegenstände (z. B. Schlüssel, Portemonnaie, Werkzeug, Brille). ....  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. wird häufig von äußeren Reizen abgelenkt. ....   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 9. ist im Alltag (z. B. Termine, Telefonate, Verabredungen) oft vergesslich. ....   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Anzahl erfüllter Kriterien 1–9: |\_\_\_| < 6?

→ ENDE  
[ICD + DSM]

Summe Items 1–9: |\_\_\_|

### B: Überaktivität

Patient ...

- |  | ja                                  | nein                                |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 10. zappelt häufig mit Händen und Füßen oder windet sich beim Sitzen. ....         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. fällt es schwer, längere Zeit sitzen zu bleiben (z. B. im Kino, Theater). .... | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. fühlt sich häufig innerlich unruhig. ....                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 13. kann sich kaum leise beschäftigen. Meist geht es laut zu. ....                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. ist ständig in Bewegung und wirkt wie aufgezogen. ....                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Anzahl erfüllter Kriterien 10–14: |\_\_\_| < 3?

→ ENDE  
[ICD]

Summe Items 10–14: |\_\_\_|