



- |   |                                    | trifft nicht zu                    | leicht ausgeprägt                  | mittel ausgeprägt                  | schwer ausgeprägt |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| 1. Ich bin unaufmerksam gegenüber Details oder mache Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit. ....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 2. Bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten (z. B. Lesen, Fernsehen, Spiel) fällt es mir schwer, konzentriert durchzuhalten. ....                            | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |
| 3. Ich höre nicht richtig zu, wenn jemand etwas zu mir sagt. ....   | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |
| 4. Es fällt mir schwer, Aufgaben am Arbeitsplatz, so wie sie mir erklärt wurden, zu erfüllen. ....  | 0                                  | 1                                  | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |                   |
| 5. Die Organisation und Planung von Arbeiten, Vorhaben oder Aktivitäten fällt mir schwer. ....  | 0                                  | 1                                  | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |                   |
| 6. Ich gehe Aufgaben, die geistige Anstrengung erforderlich machen, am liebsten aus dem Weg. Ich mag solche Arbeiten nicht, weil sie mir nicht liegen. ....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 7. Ich verlege wichtige Gegenstände (z. B. Schlüssel, Portemonnaie, Werkzeuge). ....  | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |
| 8. Ich lasse mich bei Tätigkeiten leicht ablenken. ....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 9. Ich vergesse Verabredungen, Termine oder telefonische Rückrufe. ....   | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |
| 10. Ich bin zappelig. ....  | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |
| 11. Es fällt mir schwer, längere Zeit sitzen zu bleiben (z. B. im Kino, Theater). ....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |                   |
| 12. Ich fühle mich innerlich unruhig. ....  | 0                                  | 1                                  | 2                                  | <input checked="" type="radio"/> 3 |                   |
| 13. Ich kann mich schlecht leise beschäftigen. Wenn ich etwas mache, geht es laut zu. ....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |                   |
| 14. Ich bin ständig auf Achse und fühle mich wie von einem Motor angetrieben. ....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |                   |
| 15. Mir fällt es schwer abzuwarten, bis andere ausgesprochen haben. Ich falle anderen ins Wort. ....  | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 16. Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin (z. B. beim Einkaufen). ....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 17. Ich unterbreche und störe andere, wenn sie etwas tun. ....  | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |
| 18. Ich rede viel, auch wenn mir keiner zuhören will. ....  | <input checked="" type="radio"/> 0 | 1                                  | 2                                  | 3                                  |                   |
| <hr/>   |                                    |                                    |                                    |                                    |                   |
| 19. Diese Schwierigkeiten (Merkmale 1 bis 18) hatte ich schon im Schulalter. ....   | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 20. Diese Schwierigkeiten habe ich immer wieder, nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in anderen Lebenssituationen (z. B. Familie, Freunde, Freizeit). .... | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 21. Ich leide unter diesen Schwierigkeiten. ....  | 0                                  | 1                                  | <input checked="" type="radio"/> 2 | 3                                  |                   |
| 22. Ich habe wegen dieser Schwierigkeiten schon Probleme im Beruf und auch im Kontakt mit anderen Menschen gehabt. ....                                       | 0                                  | <input checked="" type="radio"/> 1 | 2                                  | 3                                  |                   |

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!