

Explorationsbogen ADHS/ADS

für Erzieher und Therapeuten

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Gbd. _____ Alter: _____

Kiga/Kita von _____ bis _____ Schulform: _____ Klasse _____ von _____ bis _____

Betreuung von _____ bis _____

Was macht das Kind am liebsten? Was kann das Kind besonders gut? Wo ist das Kind in Gruppe/Verein?

tägliche Stunden Fernsehen Computer Playstation andere Aktivitäten:

Hinweis auf Probleme von

Anlass für Besorgnis von

- Mutter/Vater:

- Erzieher/Therapeut:

BIOGRAPHISCHE ANAMNESE

Schwangerschaft: unauffällig Belastungen: Komplik.:

Geburt: unauffällig Gewicht Frühgeburt SSW Komplik.:

Säuglingszeit: unauffällig Stillen bis ___ LM. Erkrankungen:

Auffälligkeiten:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einschlafen nur auf Arm/nicht allein | <input type="checkbox"/> Durchschlafen | <input type="checkbox"/> Trinken/Essen | <input type="checkbox"/> nur auf Arm ruhig |
| <input type="checkbox"/> sehr ruhig <input type="checkbox"/> immer wach | <input type="checkbox"/> schreckhaft | <input type="checkbox"/> sehr lebhaft | <input type="checkbox"/> nicht allein geblieben |
| <input type="checkbox"/> „Schreckkind“ bis ___ LM | Sitzen im ___ LM. | Krabbeln im ___ LM. | Laufen im ___ LM. |
| <input type="checkbox"/> emotionale Belastungen: | | | Sprechen im ___ LM |

andere Auffälligkeiten:

Therapie/Beratung:

Kleinkindzeit: unauffällig

Auffälligkeiten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grob-/ <input type="checkbox"/> Feinmotorik nicht altersgemäß | <input type="checkbox"/> Spielen nicht ausdauernd/unruhig/laut/nicht allein/destruktiv |
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe ▲ <input type="checkbox"/> Impulsivität ▲ | <input type="checkbox"/> Affektivität ▲ <input type="checkbox"/> oft Weglaufen <input type="checkbox"/> oft Verletzungen |
| <input type="checkbox"/> Trotzverhalten ▲ <input type="checkbox"/> Ängste ▲ | <input type="checkbox"/> Sprachentw.verzög. <input type="checkbox"/> Konflikte in Gruppen wegen: |
| <input type="checkbox"/> autist. Verhalten: | <input type="checkbox"/> andere Entwicklungsst.: |
| <input type="checkbox"/> emotionale Belastungen: | |

andere Auffälligkeiten:

Therapie/Beratung:

Kindergartenzeit: unauffällig

Auffälligkeiten:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grobmotorik auffällig/verzögert | <input type="checkbox"/> Feinmotorik auffällig/verzögert | <input type="checkbox"/> Sprachentw.störg |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität <input type="checkbox"/> Impulsivität ▲ | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit ▼ | <input type="checkbox"/> Ablenkbarkeit ▲ |
| <input type="checkbox"/> Affektivität ▲ <input type="checkbox"/> oppos. Verhalten | <input type="checkbox"/> Aggressivität ▲ | <input type="checkbox"/> dissoz. Verhalten: |
| <input type="checkbox"/> autist. Verhalten | <input type="checkbox"/> Ängste: <input type="checkbox"/> Soziale Konflikte ▲ | <input type="checkbox"/> keine Freunde <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug |
| <input type="checkbox"/> andere Entwicklungsstörungen: | | |
| <input type="checkbox"/> emotionale Belastungen: | | |

andere Auffälligkeiten:

Therapie/Beratung:

- Schulzeit:** unauffällig
- Auffälligkeiten: seit ___ Klasse Hinweis von:
- Hyperaktivität Impulsivität ▲ Aufmerksamkeit ▼ Ablenkbarkeit ▲
- Affektivität ▲ oppos. Verhalten Aggressivität ▲ Sozialkonflikte ▲
- dissoz. Verhalten: Rechtschreib-/Lese-/Rechenprobleme Schriftbild ▼
- autist. Verhalten Ängste: keine Freunde sozialer Rückzug
- emotionale Belastungen:
- andere Auffälligkeiten:

Therapie/Beratung:

- Verhalten in Familie** unauffällig
- Auffälligkeiten:
- Hyperaktivität Impulsivität ▲ Aufmerksamkeit ▼ Ablenkbarkeit ▲
- Hausaufgaben: nie allein/verweigernd/zu lang
- Affektivität ▲ oppos. Verhalten Aggressivität ▲ Sozialkonflikte ▲
- dissoz. Verhalten: Ängste: keine Freunde sozialer Rückzug
- autist. Verhalten Ängste: keine Freunde sozialer Rückzug
- emotionale Belastungen:

Verhalten in Vereinen/Gruppen unauffällig früher: nicht mehr seid:

FAMILIENANAMNESE

Geschwister:

Auffälligkeiten:

Lebensbedingungen

- bei Eltern bei Mutter bei Vater bei Adoptiv-/Pflegeeltern seit _____ wegen _____
- Wohnung Haus Zimmer allein mit _____ Tageskind bis _____ Mitversorgung durch _____

Angaben zu den Eltern:

- Vater: _____ Jahre Schulabschluss _____ Beruf _____ berufstätig von _____ bis _____
- Mutter: _____ Jahre Schulabschluss _____ Beruf _____ berufstätig von _____ bis _____

- Eltern getrennt im Alter von Jahren d. K. Mutter Vater allein erziehend Sorgerecht Mutter Vater beide
- Umgang mit getrennten Elternteil regelmäßig: _____ selten gar nicht seit: _____

- Vater in neuer Lebensgemeinschaft/Ehe seit: _____ im Alter d. Kindes.: _____ Probleme für Kind:
- Mutter in neuer Lebensgemeinschaft/Ehe seit: _____ im Alter d. Kindes.: _____ Probleme für Kind:

psychische Auffälligkeiten in Familie/bei Verwandten:

VERHALTENSBEOBSACHTUNG

beim Kind:

bei Mutter/Vater:

EINSCHÄTZUNG

körperliche Erkrankung/Auffälligkeiten:

Verdacht auf ...

- Erziehungsdefizit Überforderungssituation Vernachlässigung Misshandlung
- Regulationsstrg. emotionale Störung Entwicklungsstörung wie: ADHS/ADS
- oppositionelle Verhaltensstörung Sozialverhaltensstörung
- psychiatrische Störungen wie: psychosoziale Belastung wie:

WEITERE PLANUNG

- Kontakt zu Mutter/Vater am Kindergarten: Schule: Therapeuten:
- ADHS-Bögen -Vorschulalter Eltern/Erzieher ADHS-Bögen-Schulalter Eltern/Lehrer
- SDQ-Bögen-Eltern/Erzieher/Lehrer CBCL-Vorschulalter/Schulalter für Eltern
- Diagnostik im Mutter/Vater-Kontakt empfohlen am bei
- Verhaltensempfehlungen für Mutter/Vater am

Nächster geplanter/verabredeter Kontakt mit Mutter/Vater am