



Explorationsbogen ADHS/ADS

von Dr. Ulrich Kohns

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Kiga/Kita von bis

Schulform:

Klasse von bis

Betreuung von bis

Was machst Du am liebsten?

Was kannst Du besonders gut?

Was ist Dein Hobby?

Bist/Warst du in einem Verein/Gruppe?

Medienkonsum (Stunden/Tag): Fernsehen Computer/Tablet Spielekonsole/andere

Vorstellungsanlass (Kind/Jugendlicher):

Vorstellungsanlass (Mutter/Vater):

Aktuelle + Biographische Anamnese

Schwangerschaft: unauffällig

Belastungen: _____ Komplikation: _____

Geburt: unauffällig Frühgeburt in _____ SSW Komplikation: _____

Gewicht _____ Kopfumfang _____

Säuglingszeit: unauffällig Stillen bis _____ Monat

Auffälligkeiten seit _____ Monat Erkrankungen im _____ Monat

meist wach sehr unruhig schreckhaft sehr ruhig /viel geschlafen

Einschlafen nicht im Bett Durchschlafen erst nach _____ Monat meist herumgetragen

Probleme bei Trinken/Essen später nicht allein im Raum geblieben „Schreikind“ bis _____ Monat

Belastungen: _____

Entwicklung: Krabbeln _____ Monat Hinstellen _____ Monat Laufen _____ Monat

Beratungen/Therapie: _____

Kleinkindzeit (2.-3. Jahr): unauffällig Auffälligkeiten seit _____ Lebensjahr

Grob- / Feinmotorik nicht altersgemäß Spielen unruhig/nicht ausdauernd/destruktiv/nicht allein

motorisch unruhig↑ impulsiv/unachtsam↑ häufiges Weglaufen emotional unausgeglichen

Trotzverhalten↑ Verletzungen↑ ängstlich/kontaktscheu autistisches Verhalten

Probleme in Gruppen: _____

Entwicklungsstörungen: _____ Sprachentwicklung: altersgerecht/spät/langsam

Belastungen: _____

Beratungen/Therapie: _____



Vorschulzeit (4.-5. Jahr): unauffällig

Auffälligkeiten seit Lebensjahr

Grob- / Feinmotorik nicht altersentsprechend

Spielen unruhig/ nicht ausdauernd/destruktiv/nicht allein

motorisch unruhig↑

impulsiv/unachtsam↑

Regelverhalten↓

Aufmerksamkeit↓

Ablenkbarkeit↑

emotional unausgeglichen

oppos. Verhalten

Aggressivität↑

sozial unverträgliches Verhalten:

unbeliebt/keine Freunde

ängstlich/kontaktscheu

lieber allein bleibend

autistisches Verhalten

depressive Grundzüge/Phasen

Entwicklungs-/Sprachentwicklungsstörung

Belastungen:

Beratungen/Therapie:

Schulzeit: unauffällig

Auffälligkeiten seit Klasse

Hinweise von:

motorisch unruhig

impulsiv/unachtsam↑

Regelverhalten↓

Aufmerksamkeit↓

Ablenkbarkeit↑

emotional unausgeglichen

oppos. Verhalten

Aggressivität↑

sozial unverträgliches Verhalten:

unbeliebt/keine Freunde

ängstlich/kontaktscheu

lieber allein bleibend

autistisches Verhalten

depressive Grundzüge/Phasen

Schriftbild↓

Rechtschreib-/Lese-/Rechenprobleme

Hausaufgaben verweigernd/sehr lang dauernd/abgelenkt/nie allein

Belastungen:

Beratungen/Therapie:

Verhalten: Auffälligkeiten mehr in Familie (F), mehr außerfamiliär in Gruppen (G), in beiden (F)/(G):

andere Auffälligkeiten:

Gruppen/Vereine nie möglich/oft gewechselt/keine mehr seit

Familienanamnese/Sozialanamnese

Geschwister: Vornamen: _____ Alter: _____

Belastungen: _____

Familiäre Risiken: kardiovaskuläre Erkrankungen Patient/Familie: _____

keine suizidale Gedanken/Suizidversuche Patient/Familie: _____

psychische Auffälligkeiten/Risiken in Familie bei: _____

Lebensbedingungen für Patient:

bei Eltern bei Mutter bei Vater

bei Adoptiv-/Pflegeeltern seit _____ Lebensmonat/-jahr Anlass: _____

Wohnung Haus Zimmer allein Zimmer mit _____

Mitversorgung durch _____

Angaben zu den Eltern:

Vater: _____ Jahre Schulabschluss _____ Beruf _____

berufstätig täglich/ _____ mal pro Woche von _____ bis _____ Uhr

Mutter: _____ Jahre Schulabschluss _____ Beruf _____

berufstätig täglich/ _____ mal pro Woche von _____ bis _____ Uhr

Elterntrennung im Alter des Kindes von _____ Jahren Mutter/Vater allein erziehend

Sorgerecht beide Mutter Vater Probleme für Kind _____

Vater in Lebensgem./Ehe im Alter d. K. von _____ Jahren Probleme für Kind _____

Mutter in Lebensgem./Ehe im Alter d. K. von _____ Jahren Probleme für Kind _____

Umgang mit getrenntem Elternteil regelmäßig: _____ selten gar nicht seit: _____

Verhaltensbeobachtung

Patient: _____



Mutter/Vater:

Weitere Diagnostik

- DCL-ADHS
 SBB-ADHS Jugendlicher
 FBB-ADHS Eltern/Lehrer
 SDQ-Eltern/Lehrer/selbst
 VBV 3-6
 CBCL
 YSR
 TRF
 ICF/CGI-I
 FBB-/ DCL- zu Komorbiditäten
 Untersuchung
 Labor
 EEG
 EKG
 Diagnostik zu Entwicklungsstörungen:
 Intelligenztest:
 Anforderung Fremdbefunde/Berichte von:
 Kontakt zu
 Kindergarten/Hort:
 Schule:
 Therapeuten:
 Voruntersucher:

Einschätzung

- gesicherte Diagnose
 Verdacht auf ...

Schweregradeinteilung:

- leichtgradig:** wenige oder keine Symptome zusätzlich zu den für die Diagnosestellung erforderlichen, nur geringfügigen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen
 mittelgradig: Ausprägung der Symptomatik / funktionalen Beeinträchtigung zwischen „leichtgradig“ und „schwergradig“
 schwergradig: Symptomanzahl deutlich über der zur Diagnosestellung erforderlichen Anzahl oder mehrere Symptome besonders stark ausgeprägt; erhebliche Beeinträchtigung der Fähigkeit in mehreren Funktionsbereichen

Multiaxiale Diagnostik

Achse I klinisch-psychiatrisches Syndrom

- / ADHS/ADS F90.0
 / Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität 98.80
 / ADHS + SSV F90.1
 / oppositionelle SSV F91.3
 / Störung des Sozialverhaltens (SSV) F91.1
 / SSV mit depress. Störung F92.0
 / emotionale Störungen F93. .../-2/-3/-8
 / komb. des SSV u. der Emotionen F92.8



- / atypischer Autismus F84.1 / Störung sozialer Funktionen F94.1/-./-.8
- / Ticstörung F95.1 / Tourette-Syndrom F95.2 / Überaktivität mit Intelligenzminderung F84.4
- / andere psychiatrische Störungen: _____

Achse II umschriebene Entwicklungsstörungen (UES)

- / UES der Sprache F80 / UES der schul. Fähigk. F81 / UES der mot. Fähigk. F82
- / komb. UES F83

Achse III Intelligenzniveau

Einschätzung durch _____ Testergebnis durch _____

/ in Altersnorm / unter Altersnorm / über Altersnorm

Achse IV körperliche Symptomatik

- / keine / somatische (Vor)Erkrankung(en): _____

Achse V aktuelle abnorme psychosoziale Umstände: _____

Achse VI Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung: _____

Maßnahmen

Informaterial für Eltern Lehrer Kind Jugendliche

Empfehlung(en): Beratungsstelle Elternkurs Selbsthilfegruppe andere:

Überweisung an: _____

Therapieplanung: _____

Wiedervorstellung: _____

Ergänzungen
