

Bogen II

zum Transitionsbogen (des Expertenrats ADHS)

Datum/Stempel/Unterschrift

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Ergänzende Informationen zum seit _____ von mir behandelten Patienten:

● Relevante Symptome:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Aufmerksamkeit | <input type="radio"/> Hyperaktivität |
| <input type="radio"/> Affektlabilität | <input type="radio"/> Desorganisiertes Verhalten |
| <input type="radio"/> Mangelnde Affektkontrolle | <input type="radio"/> Impulsivität |
| <input type="radio"/> Emotionale Überreagibilität | <input type="radio"/> Sonstiges _____ |

● Weiterbehandlung:

- Eigenmotiviert _____
- Fremdmotiviert Mutter Vater Lehrer Arbeitgeber Partner/in
- sonstige _____

● Compliance/Adhärenz: _____

● Weitere betroffene Familienmitglieder:

ADHS: Mutter Vater Geschwister Großeltern

Sonstige psychiatrische/somatische Erkrankungen in der Familie:

● Komorbiditäten/Risikofaktoren:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Teilleistungsschwächen: _____ |
| <input type="radio"/> Ängste | <input type="radio"/> Essstörung: _____ |
| <input type="radio"/> Zwänge | <input type="radio"/> Schlafstörung |
| <input type="radio"/> Substanzmissbrauch/Suchtverhalten | <input type="radio"/> Selbstverletzendes Verhalten |
| <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/> Spiel <input type="radio"/> Drogen | <input type="radio"/> Persönlichkeitsstörung: _____ |
| <input type="radio"/> Medien <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> Risikoreiches Verhalten |
| <input type="radio"/> Störung des Sozialverhaltens | <input type="radio"/> Delinquenz: _____ |
| <input type="radio"/> ASS (Autismus-Spektrum-Störungen) | <input type="radio"/> Wichtige sonstige Punkte aus der Anamnese: |
| <input type="radio"/> Tics/Tourette | _____ |

● Anlagen: _____