

Symptomcheckliste mit Selbstbericht-Skala für Erwachsene mit ADHS (ASRS-v1.1)
Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-v1.1)

Patientenname: _____ Heutiges Datum: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Teil A					
1. Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Details eines Projekts abzuschließen, nachdem die schwierigen Teile abgeschlossen sind?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu ordnen, wenn Sie eine Aufgabe haben, die Organisation erfordert?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verpflichtungen zu erinnern?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft vermeiden oder verschieben Sie es, eine Aufgabe zu beginnen, die viel Nachdenken erfordert?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft sind Sie zappelig oder bewegen die Hände oder Füße, wenn Sie lange Zeit sitzen müssen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und unter dem Zwang, Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben wären?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Teil B					
7. Wie oft machen Sie Flüchtigkeitsfehler, wenn Sie an einem langweiligen oder schwierigen Projekt arbeiten müssen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben, wenn Sie langweilige oder sich wiederholende Arbeiten verrichten?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, sich auf das, was man Ihnen sagt, zu konzentrieren, selbst wenn man Sie direkt anspricht?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft verlegen Sie Dinge zuhause oder bei der Arbeit bzw. haben Schwierigkeiten, sie zu finden?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie oft lassen Sie sich durch Aktivitäten oder Geräusche in Ihrer Umgebung ablenken?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie oft verlassen Sie Ihren Platz bei Besprechungen oder in anderen Situationen, wo von Ihnen erwartet wird, dass Sie sitzen bleiben?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, indem Sie sich nach jedem angegebenen Kriterium anhand der Skala rechts auf der Seite bewerten. Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben. Bitte geben Sie diese ausgefüllte Checkliste der medizinischen Fachkraft zur Besprechung bei Ihrem heutigen Termin.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Teil B					
13. Wie oft sind Sie unruhig oder zappelig?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, abzuschalten und sich zu entspannen, wenn Sie Zeit für sich haben?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie in geselligen Situationen zu viel reden?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie oft kommt es in einer Unterhaltung vor, dass Sie die Sätze Ihrer Gesprächspartner beenden, bevor diese sie selbst beenden können?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie häufig unterbrechen Sie andere Leute, wenn diese arbeiten oder mit anderen Dingen beschäftigt sind?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2003 World Health Organization (WHO).
Reprinted with permission of WHO. All rights reserved.