

Fragebogen zu Nebenwirkungen von Medikamenten

FMN

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: _____

Bitte beurteilen Sie, ob bei dem Kind/Jugendlichen während der Behandlung (bzw. Zeitraum zwischen Dosis 1 und Dosis 2) mit dem Medikament (Name) _____ die folgenden Nebenwirkungen aufgetreten sind:

Dosis 1: _____ Datum: _____	0	1	2	3	9
Dosis 2: _____ Datum: _____	sicher nicht	ein wenig	deut- lich	sehr stark	ich weiß nicht
1. Appetitsteigerung	<input type="checkbox"/>				
2. Appetitminderung	<input type="checkbox"/>				
3. Vermehrtes Trinken	<input type="checkbox"/>				
4. Vermindertes Trinken	<input type="checkbox"/>				
5. Vermehrter Speichel	<input type="checkbox"/>				
6. Trockener Mund	<input type="checkbox"/>				
7. Verstopfung	<input type="checkbox"/>				
8. Durchfall	<input type="checkbox"/>				
9. Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
10. Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
11. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>				
12. Vermehrtes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
13. Vermindertes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
14. Vermehrtes Bettnässen	<input type="checkbox"/>				
15. Vermindertes Bettnässen	<input type="checkbox"/>				

		0	1	2	3	9
		sicher nicht	ein wenig	deut- lich	sehr stark	ich weiß nicht
16.	Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
17.	Hautjucken	<input type="checkbox"/>				
18.	Hautausschlag	<input type="checkbox"/>				
19.	Vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/>				
20.	Schneller Sonnenbrand	<input type="checkbox"/>				
21.	Lichtempfindlichkeit der Augen	<input type="checkbox"/>				
22.	Verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/>				
23.	Trockene Augen	<input type="checkbox"/>				
24.	Vermehrter Schnupfen	<input type="checkbox"/>				
25.	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
26.	Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>				
27.	Undeutliche Aussprache	<input type="checkbox"/>				
28.	Zittrigkeit der Hände	<input type="checkbox"/>				
29.	Unruhe beim Sitzen	<input type="checkbox"/>				
30.	Muskelzuckungen	<input type="checkbox"/>				
31.	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
32.	Ungewöhnliche Bewegungen	<input type="checkbox"/>				
33.	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>				
34.	Vermindertem Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>				
35.	Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
36.	Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				

		0	1	2	3	9
		sicher nicht	ein wenig	deut- lich	sehr stark	ich weiß nicht
37.	Alpträume	<input type="checkbox"/>				
38.	Beziehungsverschlechterung zu den Eltern	<input type="checkbox"/>				
39.	Beziehungsverschlechterung zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>				
40.	Vermehrtes Weinen	<input type="checkbox"/>				
41.	Unglücklichsein	<input type="checkbox"/>				
42.	Traurigkeit	<input type="checkbox"/>				
43.	Verstärkter Rückzug	<input type="checkbox"/>				
44.	Ausdrucksarmut	<input type="checkbox"/>				
45.	Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
46.	Vermehrtes Tagträumen	<input type="checkbox"/>				
47.	Schweigsamkeit	<input type="checkbox"/>				
48.	Redseligkeit	<input type="checkbox"/>				
49.	Gehobene Stimmung	<input type="checkbox"/>				
50.	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>				
51.	Aggressivität	<input type="checkbox"/>				
52.	Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>				
53.	Ständiges Wiederholen von Dingen	<input type="checkbox"/>				
54.	Trugwahrnehmungen (Hört / sieht Dinge, die nicht da sind)	<input type="checkbox"/>				
55.	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>				
56.	Benommenheit	<input type="checkbox"/>				

Hier können Sie einzelne Merkmale noch genauer beschreiben. Geben Sie bitte in die Klammern zuerst die Nummer des Merkmals an:

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____