

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen handeln davon, wie Du über Medikamente denkst. Bitte beantworte bei jeder der folgenden Feststellungen, wie sehr sie Deiner Meinung nach stimmen. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Es geht um Deine Meinung.

	<b>1</b> <b>Starke</b> <b>Ableh-</b> <b>nung</b>	<b>2</b> <b>Ableh-</b> <b>nung</b>	<b>3</b> <b>weder</b> <b>noch</b>	<b>4</b> <b>Zu-</b> <b>stim-</b> <b>mung</b>	<b>5</b> <b>starke</b> <b>Zustim-</b> <b>mung</b>
1. Das Medikament hilft mir, bessere Leistungen in der Schule zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andere Kinder / Jugendliche machen sich über mich wegen meines Medikamentes lustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Das Medikament hat eine schlechte Wirkung auf mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich will die Einnahme des Medikaments loswerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Das Medikament macht, dass ich anders als andere Kinder / Jugendliche bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Das Medikament macht mich benommen oder als wäre ich auf Trip.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Medikament hilft mir, besser mit meiner Familie zurecht zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meine Eltern müssen dafür sorgen, dass ich das Medikament nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>1</b> <b>Starke</b> <b>Ableh-</b> <b>nung</b>	<b>2</b> <b>Ableh-</b> <b>nung</b>	<b>3</b> <b>weder</b> <b>noch</b>	<b>4</b> <b>Zu-</b> <b>stim-</b> <b>mung</b>	<b>5</b> <b>starke</b> <b>Zustim-</b> <b>mung</b>
9. Das Medikament hilf mir dabei, gut zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Das Medikament hindert mich, das zu tun, was ich tun will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich tue so, als ob ich das Medikament nehme, verstecke es aber oder spucke es aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Andere Kinder / Jugendliche denken, ich bin verrückt, weil ich ein Medikament einnehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Das Medikament hilft mir, besser mit meinen Freunden auszukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Andere Kinder / Jugendliche wollen mit mir nicht befreundet sein, weil ich ein Medikament nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Das Medikament nimmt mir meine Persönlichkeit weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich würde mein Medikament auch dann einnehmen, wenn meine Eltern nicht darauf bestehen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin mit meinem Verhalten unter dem Medikament zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich bin mit der Wirkdauer des Medikamentes für mein Verhalten zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bin insgesamt mit der Wirkung des Medikamentes bei mir während der letzten Woche zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Deine Mitarbeit