

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: _____

Bitte beurteilen Sie in einer zusammenfassenden Beurteilung einzelner Bereiche den Verlauf / die Therapie des o. g. Kindes / Jugendlichen im Vergleich zu seinem Zustand bei der Erstuntersuchung. Wie stark hat er / sie sich verändert?

	Sehr stark verbessert	stark verbessert	leicht verbessert	unverändert	leicht verschlechtert	stark verschlechtert	sehr stark verschlechtert
Aufmerksamkeitsstörung	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Hyperaktivität	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Impulsivität	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Aggressivität / Dissozialität	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Angst	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Depression	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Tics	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
Lernstörungen	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
_____	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
_____	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
_____	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3
_____	+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3