



Verlaufsbeobachtungen der Eltern

Name der Patientin/ des Patienten: _____ geb. am: _____

ausgefüllt von: Mutter Vater oder: _____ Datum: _____

Liebe Eltern,

mit Ihren systematischen Beobachtungen helfen Sie, die Medikation und alle anderen begleitenden Maßnahmen (z.B. in der Schule, zu Hause) und Therapien an den aktuellen Bedarf anzupassen.

Das Ziel ist die optimale Entwicklung Ihres Kindes.

Dazu bitten wir Sie wiederholt um Ihre Einschätzungen und kurzen Berichte.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen in der Praxis ab oder schicken ihn uns per Fax oder E-mail.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Wie schätzen Sie den Verlauf in den letzten 4 Wochen ein:

Insgesamt sehr gut _____ sehr schwierig
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In der Schule sehr gut _____ sehr schwierig
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zu Hause sehr gut _____ sehr schwierig
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Problemstärke im Tagesverlauf:

Früh am Morgen:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Vormittag:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Mittag:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Nachmittag:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Früh am Abend:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Spät am Abend:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig

Was läuft gut? _____

Was läuft nicht so gut? _____

Aktuelle medikamentöse Therapie (Name des Medikamentes, Dosierung): _____

Die Dosierung ist genau richtig _____ unzureichend
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unerwünschte Wirkungen? _____

Laufende Förderungen / Therapie: _____
