Anlage 6 Individuelle Patienteninformation

Krankenkasse:

Eingeschrieben am: _____

A. (.) (.) (.) (.) (.)

Arztstempel / Behandler

Diagnose und Ausgangssituation

| Verdachtsdiagnose am: | durch: |
|-----------------------|--|
| Diagnosesicherung am: | durch: |
| | (ggf. außerdem beteiligtes Teammitglied: |
| | |

| Kernsymptome | gar nicht | mäßig | deutlich | sehr stark |
|------------------------|-----------|-------|----------|------------|
| Aufmerksamkeitsstörung | | | | |
| Hyperaktivität | | | | |
| Impulsivität | | | | |
| Aggressives Verhalten | | | | |
| Delinquentes Verhalten | | | | |

| Oppositionelles Verhalten | | |
|--|--|--|
| SSV im familiären Rahmen | | |
| Extensives Schulschwänzen | | |
| SSV in der Gruppe | | |
| Grausamkeiten gegenüber Anderen oder Tieren | | |

| Zusatzkriterien | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-------------|----------|---------------|
| Vor dem Alter von 6-7 Jahren | ab wann? | | | |
| Mind. seit 6 Monaten | seit Monaten / Jahren | | | |
| Verschied. Lebensbereiche | Familie | KiTa/Schule | | Spiel |
| Belastend | sozial + ++ +++ ++- | ++ | Leistung | + ++ +++ ++++ |
| Durch eine andere Diagnose besser b | eschrieben? ja / nein | | | |

Definition/Diagnosekriterien für ADHS/SSV und/oder HKS erfüllt?

Ja / Nein

Subtyp: ADHS

- Vorwiegend unaufmerksam
- Hyperaktiv/impulsiv
- Kombinierter Typ

HKS

- Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit
- Hyperkinetische Störungen mit Störung des Sozialverhaltens

| ADHS in der Familie? Wer?: |
|--|
| Störungen des Sozialverhaltens Aufzählung der Kernsymptomatik (siehe oben) |
| Komorbiditäten: |
| Was ist das größte Problem? |
| Wann zeigen sich im Tagesverlauf die meisten Probleme? In welchen Situationen und mit welchen Personen zeigen sich die meisten |
| Symptome? |
| Therapie und Verlauf |
| Datum: Behandler: |
| Maßnahmen zu Hause: |
| Maßnahmen in Schule/Kindertagesstätte: |
| Nichtmedikamentöse Therapie: |
| Einbezug Jugendhilfe? |
| Kontrolltermin am: |
| Fallgespräch? Ja / Nein |

| Sonstige | es: | | | |
|----------|-----|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[Für die fortlaufende Dokumentation bei den Kontrolluntersuchungen ist der Abschnitt "Therapie und Verlauf" zu kopieren, auszufüllen und der Patienteninformation bei zuheften.]