

Fragebogen zu den Behandlungserfahrungen von Eltern mit ADHS-betroffenen Kindern



Liebe Eltern!

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu Ihren Erfahrungen mit ADHS. In meiner täglichen Arbeit mit ADHS-Kindern und Ihren Eltern erlebe ich sehr oft eine große Hilflosigkeit der Eltern. Sie fühlen sich alleingelassen und finden nur unzureichende Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten. Deshalb möchte ich gemeinsam mit dem Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften der Karl-Franzens-Universität Graz eine wissenschaftliche Arbeit zu Behandlungserfahrungen von Eltern mit ADHS-betroffenen Kindern zu schreiben. Durch Ihre geschätzte Unterstützung können Sie uns helfen, den Informations- und Behandlungsbedarf für Sie und Ihre betroffenen Kinder zu verbessern. Herzlichen Dank im Voraus!

Karely Katharina

- **Die Abkürzung ADHS wird sowohl für ADS als auch ADHS verwendet**
- **Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, bevor Sie antworten**
- **Kreuzen Sie bei jeder Frage an, was auf Sie und Ihr Kind zutrifft**
- **Entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Falls keine Antwort zutrifft, können Sie bei vielen Fragen „Sonstiges „ auswählen und eigene Ergänzungen eintragen**
- **Alle Angaben sind freiwillig und anonym**
- **Wenn Sie sich bei Angaben (z. B. Zeitdauer...) nicht sicher sind, schätzen Sie bitte so genau wie möglich**

1. Wie viele Kinder leben mit Ihnen im Haushalt? Und wie viele sind davon von ADHS betroffen?

__ Kinder ohne ADHS __ Kinder mit Verdacht auf ADHS

__ Kinder mit Diagnose ADHS

2. Geburtsjahr des (ältesten) wegen ADHS betroffenen Kindes

Geburtsjahr:

3. Geschlecht des Kindes

männlich weiblich

4. Bei wem lebt das Kind hauptsächlich?

Bei beiden Eltern	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>
Mutter und Partner/in	<input type="checkbox"/>	Großeltern	<input type="checkbox"/>
Vater und Partner/in	<input type="checkbox"/>	Andere Verwandte	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	Pflege – Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>		

5. Wie haben Sie sich über ADHS informiert? Welche Informationsquellen haben Sie vorwiegend genutzt?

	häufig	manchmal	selten	nie
Kinderarzt/ Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiater/ in oder Psychotherapeut/ in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe/ in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Betroffene im Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeorganisation oder –gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, nämlich:				

6. Wie gut fühlen Sie sich über folgende Punkte informiert?

	gar nicht	zu wenig	ausreichend	sehr gut
Das Störungsbild ADHS allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeignete Schulen, Kindergärten in der Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeignete Erziehungsstrategien für Problemsituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen in der Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf ADHS spezialisierte Ärzte/innen, Therapeuten/ innen in der Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, Grenzen von Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, Grenzen anderer psychologischer Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. In welchen Bereichen bräuchten Sie mehr Unterstützung? (oder hätten Sie zu einem früheren Zeitpunkt gebraucht)

Wir bräuchten mehr Unterstützung	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt völlig
...bei der Umsetzung geeigneter Erziehungsmaßnahmen im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bei der Wahl einer geeigneten Schule oder eines Kindergartens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch die Lehrer/innen oder Erzieher/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bei der Freizeitgestaltung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bei der Bewältigung von Ehe- bzw. Partnerschaftsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Betreuung der Hausaufgaben Kein Schulkind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bei der Bewältigung eigener Belastungen oder Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...durch eine zeitweise Entlastung (z.B. Betreuung des Kindes in den Ferien oder einzelnen Tagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bei der Planung des Tages- oder Wochenablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Persönliches Befinden – Konnten Sie in der letzten Woche ...

	häufig	manchmal	selten	nie
sich einmal zurückziehen und etwas für sich tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich zeitweise von Ihren Alltags-Belastungen frei machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihren eigenen Interessen nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Schlaf finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas Schönes für sich tun und es genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ruhe das tun, was zu erledigen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit Tatkraft und Energie neuen Aufgaben zuwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit Selbstvertrauen an neue Aufgaben heranwagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbewusstsein ausstrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich darüber freuen, dass Sie etwas geschafft haben, was Sie sich vorgenommen hatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Zuversicht in die Zukunft sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich körperlich wohl fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich von Ihrem Partner verstanden fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung von Ihrem Partner erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständnis in Ihrer Familie finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit Ihren Ansichten in Ihrer Familie Gehör verschaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schöne Stunden mit Ihrem Partner verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrer Familie sagen, was Ihnen nicht passt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es sich erlauben, Ihren Ärger und Ihre Wut zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Zusammensein mit anderen Menschen genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit ihrer Familie gemeinsam etwas unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Momente in Ihrer Familie erleben, in denen Sie sorglos und unbeschwert sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Appetit essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zusammen mit Freunden etwas unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Was bedeutet mir die Rolle als Elternteil?

Mutter/ Vater zu sein....	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt völlig
...ist erfüllend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überlastet mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...setzt mich unter Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...macht mir Spaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist schwerer als ich vorher gedacht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...verunsichert mich oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist eine Verantwortung die schwer auf mir lastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bringt mehr Freude als Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Tauschen Sie sich regelmäßig mit den Eltern anderer betroffener Kinder aus?

JA Nein

Wenn nein: Hätten Sie Interesse an einem solchen Austausch?

JA Nein

11. Wenn JA: Auf welche Weise tauschen Sie sich mit anderen Eltern aus? Und wie hilfreich ist dieser Austausch für Sie?

	nutze ich nicht	gar nicht hilfreich	mäßig hilfreich	überwiegend hilfreich	sehr hilfreich
Unter Bekannten/ rein Privat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über das Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Tagungen, Veranstaltungen, oder Schulungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie alt war Ihr Kind, als zum ersten Mal auffiel, dass es sich in seinem Verhalten von anderen Kindern unterscheidet? _____ Jahre

13. Wer hatte zuerst den Verdacht, dass eine ADHS- Störung vorliegen könnte?

Eltern	<input type="checkbox"/>	Kinderarzt/ärztin	<input type="checkbox"/>
Kindergärtner/in	<input type="checkbox"/>	Hausarzt/ärztin	<input type="checkbox"/>
Lehrer/in	<input type="checkbox"/>	Schulpsychologe/in	<input type="checkbox"/>
Andere Person, nämlich:			

**14. Nachdem Verhaltensauffälligkeiten bei Ihrem Kind erstmals auftraten:
Wie viel Zeit ist vergangen, bis Sie professionelle Beratung gesucht
haben?**

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| weniger als 1 Monat | <input type="checkbox"/> | 1-5 Monate | <input type="checkbox"/> |
| 6-12 Monate | <input type="checkbox"/> | über 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |

15. Wen haben Sie zuerst aufgesucht? (Bitte machen Sie nur 1 Kreuz)

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Hausarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> | Schulpsychologischer Dienst | <input type="checkbox"/> |
| Kinderarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> | Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> |
| Kinder- und
Jugendpsychiater/in | <input type="checkbox"/> | Psychologische Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> |
| Fachklinik bzw. Ambulanz | <input type="checkbox"/> | Heilpraktiker/in | <input type="checkbox"/> |
| Neurologe/in | <input type="checkbox"/> | Niedergelassener Psychologe/in | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Person oder Einrichtung, nämlich:

**16. Wie alt war Ihr Kind, als zum ersten Mal durch einen Arzt/Ärztin oder
Psychologen/in ADS/ ADHS festaeestellt wurde?**

_____ Jahre

**17. Von wem wurde festgestellt, dass es sich um ADHS handelt? (Bitte
machen Sie nur 1 Kreuz)**

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Hausarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> | Niedergelassener Psychologe/in | <input type="checkbox"/> |
| Kinderarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> | Schulpsychologischer Dienst | <input type="checkbox"/> |
| Kinder- und
Jugendpsychiater/in | <input type="checkbox"/> | Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> |
| Fachklinik | <input type="checkbox"/> | | |

Sonstige Person oder Einrichtung, nämlich:

18. Wurden davor andere Diagnosen gestellt?

JA Nein

Wenn nein: Welche Diagnosen waren das?

19. Wie stark waren Probleme in den folgenden Bereichen ausgeprägt, bevor Ihr Kind deswegen behandelt wurde? (vgl. mit anderen Kindern im gleichen Alter)

	gar nicht	kaum	deutlich	massiv
Aufmerksamkeit/ Konzentration (z.B. leicht ablenkbar, unkonzentriert, brachte Aufgaben nicht zu Ende,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperaktivität/ körperliche Unruhe (z.B. zappelig, konnte nicht still sitzen, kann sich nicht ruhig beschäftigen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsivität (z.B. dachte nicht nach, bevor er/sie handelte, redete oft dazwischen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Traten vor der Behandlung auch Probleme in den folgenden Bereichen auf? Wie stark waren diese ausgeprägt?

	gar nicht	kaum	deutlich	massiv
Aggressivität (leicht reizbar, häufig schwere Wutausbrüche, begann Streit...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung/Emotionalität (oft unglücklich, niedergeschlagen, häufiges Weinen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit (häufig nervös, anklammernd, Angst vor der Schule...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorik/ Koordination (oft sehr ungeschickt, Missgeschicke,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprach- oder Sprechstörung (Stottern, Poltern, undeutliche Sprache, unvollständige Sätze,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsoziales Verhalten (häufiges Lügen, Stehlen, Zerstören fremder Dinge, bedroht andere,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(nur bei Schulkindern) Lernprobleme, schulische Leistungsdefizite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(bei Jugendlichen) Drogen- oder Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Leidet Ihr Kind neben ADHS an weiteren Erkrankungen oder gesundheitlichen Problemen (z.B. Allergien, Tics, Epilepsie)? Bitte denken Sie auch an psychische Schwierigkeiten.

Nein, keine weiteren Erkrankungen oder Probleme

Ja, folgende Erkrankung(en) oder Probleme:

22. Wie sehr litt Ihr Kind selbst vor der Behandlung unter diesen Schwierigkeiten?

gar nicht kaum deutlich massiv

23. Wie sehr wurde Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in den folgenden Bereichen des Alltagslebens belastet?

	gar nicht	kaum	deutlich	massiv
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Schule bzw. im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Stellten diese Schwierigkeiten vor der Behandlung eine Belastung für Sie bzw. die gesamte Familie dar?

keine Belastung leichte Belastung deutliche Belastung
schwere Belastung

25. Haben Sie oder Ihr Partner/ Ihre Partnerin manchmal ähnliche Schwierigkeiten wie Ihr Kind?

Ich erkenne ADHS- Symptome auch an mir selbst: JA Nein
An meinem Partner/ meiner Partnerin: JA Nein

26. Nehmen Sie selbst oder Ihr Partner/ Ihre Partnerin deshalb Medikamente ein?

Sie selbst JA Welche: Partner JA Welche:
Nein Nein

27. Wer ist hauptsächlich für die Behandlung Ihres Kindes zuständig? (Bitte geben Sie nur Ihren hauptsächlichen Ansprechpartner an!)

Hausarzt/ärztin Fachklinik
Kinderarzt/ärztin Neurologe/Nervenarzt/ärztin
Kinder- und Jugendpsychiater/in Niedergelassener Psychologe
Sonstige Person oder Einrichtung, nämlich:

28. Welche Personen hat dieser Arzt/in oder Therapeut/in zu Problemen bzw. dem Verhalten des Kindes befragt? (Mehrere Antworten möglich)

Mutter Das Kind allein
Vater Das Kind zusammen mit den Eltern
Erzieher/innen oder Lehrer/innen
Andere, nämlich:

29. Haben Sie dem Arzt/Ärztin oder Therapeuten/in Ihr Einverständnis gegeben, mit Lehrer/innen oder Erzieher/innen zu sprechen?

JA Nein Ich wurde nicht gefragt

30. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Allgemeine körperliche Untersuchungen <input type="checkbox"/>	Untersuchungen der Schilddrüse <input type="checkbox"/>
Blutuntersuchungen, Blutabnahme <input type="checkbox"/>	Intelligenztest oder Entwicklungstest <input type="checkbox"/>
EEG (Hirnstromkurven) <input type="checkbox"/>	Spezielle Leistungstests <input type="checkbox"/>
Hörtest oder Sehtest <input type="checkbox"/>	Fragebogen zum Verhalten <input type="checkbox"/>
EKG <input type="checkbox"/>	Verhaltensbeobachtung in der Schule oder zu Hause <input type="checkbox"/>
Sonstige, nämlich:	

31. Wurden Sie vom Arzt/Ärztin oder Therapeuten/in über die Störung ADHS aufgeklärt? (z.B. Störungsbild, Häufigkeit, Ursachen, verschiedene Behandlungsmöglichkeiten)

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn JA: Wie hilfreich waren diese Informationen für Sie?		
gar nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	mäßig hilfreich <input type="checkbox"/>	überwiegend hilfreich <input type="checkbox"/>
sehr hilfreich <input type="checkbox"/>		

32. Wurden Sie vom Arzt/Ärztin oder Therapeuten/in zu Fragen der Erziehung beraten – z.B. wie Sie sich in bestimmten Problemsituationen am besten verhalten können?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn JA: Wie hilfreich war diese Beratung für Sie?		
gar nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	mäßig hilfreich <input type="checkbox"/>	überwiegend hilfreich <input type="checkbox"/>
sehr hilfreich <input type="checkbox"/>		

33. Wurde Ihrem Kind vom Arzt/Ärztin oder Therapeuten/in die Störung ADHS erklärt?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn JA: Wie hilfreich waren diese Informationen für das Kind?		
gar nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	mäßig hilfreich <input type="checkbox"/>	überwiegend hilfreich <input type="checkbox"/>
sehr hilfreich <input type="checkbox"/>		

34. Wurde Ihr Kind dazu beraten, wie es mit bestimmten Problemen und schwierigen Situationen am besten umgehen kann?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn JA: Wie hilfreich war diese Beratung für das Kind?		
gar nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	mäßig hilfreich <input type="checkbox"/>	überwiegend hilfreich <input type="checkbox"/>
sehr hilfreich <input type="checkbox"/>		

35. Welche Behandlungen und andere Maßnahmen wurden/werden wegen ADHS durchgeführt? (Mehrere Antworten möglich)

Kind bezogene Therapien/Maßnahmen

Verhaltenstherapie/ -training des Kindes (meist mit Eltern)	<input type="checkbox"/>	Ernährungsumstellung oder spezielle Diät	<input type="checkbox"/>
Kognitive Therapie des Kindes (Selbstmanagement,...)	<input type="checkbox"/>	Spezielle Übungsbehandlung (Rechenttraining, Lesetraining)	<input type="checkbox"/>
Medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/>	Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik oder stationärer Klinikaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Psychomotorik/ Mototherapie	<input type="checkbox"/>
Soziales Kompetenztraining	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Logopädie (Sprach- und Sprechtraining)	<input type="checkbox"/>	Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>
Festhaltetherapie			<input type="checkbox"/>

Sonstiges, nämlich:

Familien-und Umfeld bezogene Therapien/Maßnahmen

Elterntraining oder –Schulung	<input type="checkbox"/>	Erziehungshilfe	<input type="checkbox"/>
Familientherapie	<input type="checkbox"/>	Tagesmutter	<input type="checkbox"/>
Aufklärung und Beratung von Lehrern/ Erziehern/innen	<input type="checkbox"/>	Sozial- und Lernbetreuung	<input type="checkbox"/>
Wechsel der Schule oder Klasse bzw. des Kindergartens	<input type="checkbox"/>	Erziehungsmaßnahmen außerhalb der Familie	<input type="checkbox"/>
Familienhilfe	<input type="checkbox"/>	Hort	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, nämlich:

36. Wenn Sie zu Erziehungsfragen beraten wurden (z.B. im Rahmen einer Verhaltenstherapie, eines Elterntrainings oder einer Erziehungsberatung) – Wie leicht fällt es Ihnen, das Gelernte im Alltag umzusetzen?

Keine Beratung zur Erziehung erhalten	<input type="checkbox"/>			
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	eher leicht	<input type="checkbox"/>	eher schwer <input type="checkbox"/>
sehr schwer	<input type="checkbox"/>	gelingt gar nicht	<input type="checkbox"/>	

37. Wenn Ihr Kind ein Medikament erhalten hat, geben Sie bitte an welches und in welchem Alter. Ansonsten weiter bei Frage 44

Medikament

Alter des Kindes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Ritalin																				
Concerta																				
Strattera																				
Sonstige:																				

38. Wer hat ihrem Kind die Medikamente verordnet?

Im bisherigen Behandlungsverlauf (mehrere Antworten möglich)

Kinderarzt/Ärztin

Kinder- und Jugendpsychiater/in oder Psychotherapeut/in

Hausarzt/ärztin

Fachklinik bzw. Ambulanz

Anderer Arzt/Ärztin, nämlich:

Aktuell (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen)

Keine Medikamente mehr verordnet

Kinderarzt/ärztin

Kinder- und Jugendpsychiater/in oder Psychotherapeut/in

Hausarzt/ärztin

Fachklinik bzw. Ambulanz

Anderer Arzt/Ärztin, nämlich:

39. Wurden Sie über die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt?

Ja Nein

40. Wurde Ihr Kind über die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt?

Ja Nein

41. Traten bei der Einnahme der Medikamente Nebenwirkungen auf? Wenn JA, welche?

Nein, keine Nebenwirkungen

Ja, folgende Nebenwirkungen:

Waren oder sind diese Nebenwirkungen dauerhaft

oder vorübergehend

Wie belastend waren oder sind die Nebenwirkungen?

Überhaupt nicht wenig mäßig stark sehr stark

42. Nimmt Ihr Kind zurzeit noch Medikamente wegen ADHS?

Ja Nein

43. Aus welchem Grund wurden die Medikamente abgesetzt? (Bitte nur den wichtigsten Grund ankreuzen)

Verbesserung (nicht mehr erforderlich)	<input type="checkbox"/>
Alter des Kindes (zu alt für Verordnung)	<input type="checkbox"/>
Kind lehnt Medikamente ab	<input type="checkbox"/>
Medikamente brachten nicht den gewünschten Erfolg	<input type="checkbox"/>
Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>
Besorgnisse über negative Folgen	<input type="checkbox"/>
Besorgnisse über mögliche Abhängigkeit von Medikamenten	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Grund, nämlich:	

44. In welchen Bereichen konnten Sie durch die bisherige Behandlung Verbesserungen feststellen?

	nie ein Problem	kaum	ziemlich	sehr viel
Konzentration/ Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überaktivität/ Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensprobleme in der Schule oder Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundschaften im Umgang mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäres Zusammenleben, Familienklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Lehrern/innen oder Erziehern/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliches Wohlbefinden des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufigkeit von Verletzungen oder Unfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorik, Bewegungssteuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache und Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsoziales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen- oder Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese für die bisherige Behandlung Ihres Kindes zutreffen, und kreuzen Sie diese an. Beziehen Sie sich dabei auf den gesamten Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung.

Die Feststellung stimmt....	nicht/ nie	kaum/ selten	teilweise/ manchmal	überwiegend/ meistens	genau/ immer
Die Behandlung war für mein Kind hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt/Ärztin- Therapeut/in hatte Verständnis für unsere Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde bei einem anderen Problem wieder zu diesem Arzt/Ärztin- Therapeuten/in gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Vertrauen zu dem Arzt/Ärztin- Therapeuten/in.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt/Ärztin- Therapeut/in hatte sehr gute Kenntnisse über ADHS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mit dem Arzt/Ärztin- Therapeuten/in offen über Probleme reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Verlauf der Behandlung konnte ich mein Verhalten zu meinem Kind positiv verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde den Arzt/Ärztin- Therapeuten/in Freunden und Bekannten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich ausreichend in Entscheidungen über die Behandlung einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Gespräche mit dem Arzt/ Ärztin- Therapeuten/in bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch meine Probleme gebessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit den beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/innen war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Wie geht es Ihrem Kind HEUTE in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen? Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen hauptsächlich an die letzte Woche. (Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile 1 Kästchen an)

	sehr gut	eher gut	teils-teils	eher schlecht	sehr schlecht
Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu anderen Familienmitgliedern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern in der Freizeit aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schätzen Sie den nervlichen und seelischen Zustand Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie nun diese Fragen zusammenfassen: Wie geht es Ihrem Kind zurzeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Bitte kreuzen Sie an! (zuerst auf Ihr Kind, dann auf Sie bezogen)

	nicht belastet	wenig belastet	mäßig belastet	stark belastet
Wie stark ist Ihr Kind AKTUELL durch die ADHS- Problematik beeinträchtigt oder belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark ist Ihr Kind AKTUELL durch Untersuchungen oder die Behandlung belastet oder beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark fühlen SIE sich selbst zurzeit durch die ADHS- Problematik ihres Kindes belastet oder beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die Untersuchung oder die Behandlung Ihres Kindes belastet oder beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Wie beurteilen Sie den Umgang von Lehrern/innen oder Erziehern/innen mit den Schwierigkeiten Ihres Kindes? (Bitte kreuzen Sie eine Zahl von 1 bis 5 an)

Völlig verständnislos	1	2	3	4	5	Sehr verständnisvoll
Gar nicht kompetent	1	2	3	4	5	Sehr kompetent
Sehr viele Vorurteile	1	2	3	4	5	Keine Vorurteile
Gar nicht engagiert	1	2	3	4	5	Sehr engagiert

49. Wie funktioniert der Austausch zwischen Ihnen und Lehrern/innen oder Erzieherinnen über Verhalten und Probleme bzw. Verbesserungen des Kindes?

Findet nicht statt

Sehr schlecht 1 2 3 4 5 Sehr gut

50. Beteiligen sich Lehrer/innen oder Erzieher/innen an der Behandlung des Kindes? (z.B. durch gezielte Beobachtung von Verbesserungen, Belohnungssysteme, Medikamentengabe,...)

Ja Nein ADHS- Problematik nicht erkannt

Habe ich etwas vergessen?

Wenn Sie mir noch etwas über Ihre Erfahrungen mitteilen möchten, was ich im Fragebogen nicht berücksichtigt habe, nutzen Sie hierfür bitte die Rückseite.

Zum Schluss möchte ich Sie um einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person und Familie bitten.

51. Von wem wurde dieser Fragebogen ausgefüllt?

Mutter Vater andere Person, nämlich:

52. Wie alt sind Sie?

Alter:

53. In welchem Bundesland Österreichs leben Sie?

54. Leben Sie....

...in einer Großstadt (mind. 100.000 Einwohner)

...in einer mittelgroßen Stadt (ca. 20.000 bis 100.000 Einwohner)

...in einer Kleinstadt (ca. 5.000 bis 20.000 Einwohner)

...in einem Ort mit weniger als 5.000 Einwohner

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT