Fragebogen Wahrnehmungsstörung für ……………………… Datum ………………………..

Die zu treffenden Aussagen sind grau unterlegt, diese bitte farbig Markieren/ Ausfüllen und mit Namen abspeichern und zurück schicken.

ausgefüllt von Mutter Vater Lehrer Andere

|  |  |
| --- | --- |
| Frage  | Antwortmöglichkeiten ( Symptom muss deutlich vorhanden sein, mehrere Antworten möglich)  |
| Mein Kind ist/hat  | (Bsp.:) Unruhe körperlich, zappelig, Zerstreutheit, Konzentrationsschwäche, Gereiztheit, ärgerlich, Zornausbrüche |
|  | * Unruhe körperlich
* Zappelig
* Zerstreutheit
* Konzentrationsschwäche
* Gereiztheit
* Ärgerlich
* Zornausbrüche
 |
|  | * Abneigung gegen Berührung, (ist ihr/ihm unangenehm)
 |
|  | * Überempfindlich gegen (helles) Licht
* Sehen angestrengt verschlimmert (zB. Unruhe nach Computer, Fernsehen etc.)
 |
|  | * Gehör überempfindlich / abgeschwächt
* Geruchssinn überempfindlich / abgeschwächt
* Geschmacksinn vermehrt /vermindert (würzt nach)
 |
| Temperaturempfinden:  | * Ihr/ihm ist schnell zu Heiß, Bedürfnis zu entblößen, entkleiden
* Wärme verschlimmert(heißes Wetter, überheizte Räume)
* Kälte bessert
* Ihm/Ihr ist schnell kalt, Bedürfnis sich einzuhüllen, einzukuscheln, warm anzuziehen
* Kälte verschlimmert
 |
| Verarbeitung:  | * Begreifen schwach /schnell
* Verstehen schwach/schnell
* Denken schwach /schnell
 |
| Grobmotorik: | * Übermäßiges Verlangen nach Bewegung, Sport
* Bewegung bessert (während)
* Abneigung gegen Bewegung, Trägheit
 |
| Feinmotorik: | * Schreiben ermüdet
* Schreiben verkrampft
 |
| Verschlimmerungszeit im Tagesablauf: | * Morgens, nach dem Schlafen
* Vormittags
* Nachmittags
* Abends
 |
| Wenn Sie weitere Symptome beobachtet haben, die hier nicht zu finden sind, bitte schreiben Sie diese hier auf, v.a. Wenn es Ursachen für Verbesserung oder Verschlechterung sind.  |  |