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. | |  |