

## 4 Materialien

Übersicht	
M01	Anamnese von Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenperiode
M02	Entwicklungsanamneseschema
M03	Elterninterview zu praktischen und sozialen Kompetenzen (EPS)
M04	Exploration zu Auswirkungen und Zusammenhängen des Verhaltens
M05	Beobachtungsbogen zur Verhaltensprotokollierung
M06	Körperlicher Befund
M07	Fragebogen zu Nebenwirkungen von Medikamenten

**M01**

**Anamnese von Schwangerschaft, Geburt und  
Neugeborenenperiode**

**1. Gynäkologische Anamnese**

Menarche mit \_\_\_\_\_ Jahren

Periodenblutung alle \_\_\_\_\_ Tage, Dauer \_\_\_\_\_ Tage

regelmäßig     unregelmäßig     Beschwerden

Antikonzeptiva:  Pille (Präparat: \_\_\_\_\_)

Spirale

Diaphragma

andere: \_\_\_\_\_

Vorausgehende Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Gynäkologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

**2. Gravidität**

Anzahl: \_\_\_\_\_

IVF:  Ja     Nein

Dauer: \_\_\_\_\_ Wochen

Konzeptionsdatum: Datum der letzten Periode: \_\_\_\_\_

Feststellung wann: \_\_\_\_\_

wie:  geplant     ungeplant: \_\_\_\_\_

Adresse des Frauenarztes: \_\_\_\_\_

Kindsbewegungen: Beginn:  stark     mittel     schwach

Gewichtszunahme: von \_\_\_\_\_ kg auf \_\_\_\_\_ kg

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_

Pränatale Diagnostik: \_\_\_\_\_

Alkoholgenuss:  Ja  Nein Menge: \_\_\_\_\_ welcher Monat: \_\_\_\_\_

Rauchen:  Ja  Nein Menge: \_\_\_\_\_ welcher Monat: \_\_\_\_\_

Andere Genussmittel: \_\_\_\_\_

Ernährung: \_\_\_\_\_

Hinweise auf EPH-Gestose:  Ja  Nein (s. Mutterpass)

Hinweise auf Infektionen:  Ja  Nein (s. Mutterpass)

Andere Einflüsse (Röntgen usw.): \_\_\_\_\_

Sonographiebefunde: \_\_\_\_\_

CTG-Befunde: \_\_\_\_\_

### 3. Geburt

Zahl: \_\_\_\_\_

Ort:  Zuhause  Klinik, Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leitung:  Hebamme  Arzt

Beginn:  Spontan  nach Einleitung  nach Blasensprengung

Blasensprung:  spontan  vorzeitig  induziert

Errechneter Entbindungsstermin: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_ Std. (Stadium I: \_\_\_\_\_ Std; Stadium II: \_\_\_\_\_ Std.)

Kindslage: \_\_\_\_\_

Entbindung:  normal  Extraktion  Zange  Sectio  Vakuum

Komplikationen: \_\_\_\_\_

Fruchtwasser: Farbe \_\_\_\_\_ ; Menge \_\_\_\_\_ ml; Geruch: \_\_\_\_\_

Placenta: Gewicht \_\_\_\_\_ g; Aussehen: \_\_\_\_\_

Nabelschnur: Zahl der Gefäße: \_\_\_\_\_ ; Länge: \_\_\_\_\_ cm; Ansatz: \_\_\_\_\_

Anästhesie: \_\_\_\_\_

Zustand der Mutter bei der Geburt: \_\_\_\_\_

Zustand des Kindes bei der Geburt: \_\_\_\_\_

Apgar-Score: nach 1 Min. \_\_\_\_\_ ; nach 5 Min. \_\_\_\_\_ ; nach 10 Min. \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g, Länge: \_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

#### 4. Neugeborenenperiode

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ; Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g, Länge \_\_\_\_\_ cm; Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Score: nach 1 Min. \_\_\_\_\_ ; nach 5 Min. \_\_\_\_\_ ; nach 10 Min. \_\_\_\_\_

Nabelschnur pH: \_\_\_\_\_

Besonderheiten:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wiederbelebung        | <input type="checkbox"/> Krämpfe       | <input type="checkbox"/> Atemnotsyndrom               |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht (verstärkt) | <input type="checkbox"/> Missbildungen | <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Austauschtransfusion  | <input type="checkbox"/> Infektionen   | <input type="checkbox"/> Apnoezustände                |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust       | <input type="checkbox"/> Medikamente   | <input type="checkbox"/> Behandlungsmaßnahmen         |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fähigkeiten**

*Bevorzugtes Spielverhalten und Beschäftigungsvorlieben:* \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

*Sozial-kommunikative Fähigkeiten:*

- Gesten als Wunschäußerung
- Gesten als Mittel der Aufmerksamkeitslenkung

Beispiele: \_\_\_\_\_

---

---

- Kopfschütteln und Nicken
- Deskriptive (pantomimische) Gesten

Beispiele: \_\_\_\_\_

---

---

- Mimik und Blickkontakt
- Reaktionen auf Begrüßung und Trennung
- Reaktionen bei Schmerz oder Unbehagen
- Sprachverständnis für einfache Aufträge

Beispiele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Sprachverständnis für komplexe Aufträge

Beispiele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wortbildung

Beispiele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wortkombinationen

Beispiele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Mehrwortverbindungen und Sätze

Beispiele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Soziale Beziehungen mit anderen Kindern:*

- Interesse an anderen Kindern
- Beteiligung an gemeinsamen Aktivitäten

Art der Beziehung:  ausgeglichen  dominant  passiv

Beachtung von sozialen Regeln

Freundschaften

Negative Ausgrenzung/Hänseleien durch andere Kinder

*Motorik und Selbstversorgung:*

Freies Laufen

Treppensteigen

Radfahren

Sauberkeit tagsüber

Sauberkeit nachts

Essen (mit Löffel, Gabel)

Trinken (aus Becher, Tasse)

Essverhalten

Anziehen

Mithilfe bei einfachen Tätigkeiten im Haushalt

Gefahreinschätzung außerhalb des Hauses

## Verhalten

*Belastendes soziales Verhalten:*

Häufiges Schreien

Häufige Zornesausbrüche

Körperliche Angriffe

Weglaufen

Zerstören von Gegenständen

Verweigerungsverhalten

Störendes Verhalten bei Gesprächen/Besuchen

Störendes Verhalten in der Öffentlichkeit

Distanzlosigkeit gegenüber Fremden

Aufsichtsbedarf



*Emotionale Auffälligkeiten:*

- Stimmungswechsel
- Häufiges, unerklärliches Weinen
- Häufiges, nicht der Situation angemessenes Lachen
- Ängste

*Stereotypien und Zwänge:*

- Ungewöhnliche Arm- oder Körperbewegungen
- Ungewöhnliche Vorlieben für bestimmte Gegenstände
- Ständig wiederkehrende Handlungen mit Objekten
- Ständiges Zum-Mund-Führen von Gegenständen
- Sammeln und Horten bestimmter Dinge
- Bedürfnis nach Ritualen
- Reaktionen auf Veränderungen in der Umgebung

*Selbstverletzungen:*

---

---

---

*Ungewöhnliche Reaktionen auf Reize:*

- Gleichgültigkeit gegen Kälte, Hitze oder Schmerz
- Berührungsempfindlichkeit
- Auffälligkeiten der Atmung
- Empfindlichkeit für akustische Reize
- Besondere Fixierung auf optische Reize

**M03 Elterninterview zu praktischen und sozialen Kompetenzen (EPS)**

Wir möchten Sie im Folgenden nach den Fertigkeiten fragen, mit denen sich Ihr Kind im täglichen Leben zurechtfindet und sich schon selbst versorgen kann. Darüber hinaus möchten wir mit Ihnen darüber sprechen, wie es mit anderen auskommt und was es gern mit anderen Kindern zusammen macht.

<b>1. Welche Hilfe benötigt es beim Essen?</b>	<input type="checkbox"/> Öffnet den Mund beim Füttern <input type="checkbox"/> Trinkt ohne Hilfe aus Tasse <input type="checkbox"/> Isst selbst mit dem Löffel <input type="checkbox"/> Benutzt Gabel zum Aufspießen <input type="checkbox"/> Benutzt ein Messer
<b>2. Wie ist es beim An- und Ausziehen? Bei Schuhen und Verschlüssen?</b>	<input type="checkbox"/> Zieht ohne Hilfe eine Jacke, Hemd oder Pulli aus <input type="checkbox"/> Zieht die Schuhe ohne Hilfe über die Füße <input type="checkbox"/> Zieht sich selbst an (bis auf Schuhbänder und Verschlüsse) <input type="checkbox"/> Kann auch Verschlüsse schließen
<b>3. Welche Hilfe benötigt es bei der täglichen Körperpflege?</b>	<input type="checkbox"/> Kann sich selbstständig die Hände waschen und abtrocknen <input type="checkbox"/> Wäscht sein Gesicht selbst <input type="checkbox"/> Badet sich/duscht (unter Aufsicht) <input type="checkbox"/> Badet oder duscht völlig selbstständig <input type="checkbox"/> Kann Haare waschen und trocknen
<b>4. Wie ist es mit dem Benutzen der Toilette?</b>	<input type="checkbox"/> Macht darauf aufmerksam, dass es eingenässt hat <input type="checkbox"/> Uriniert in die Toilette <input type="checkbox"/> Sagt Bescheid, wenn es auf die Toilette muss <input type="checkbox"/> Kümmert sich selbstständig um Abputzen, Spülen und Händewaschen
<b>5. Kann es schon Gefahren einschätzen?</b>	<input type="checkbox"/> Versteht, dass heiße Dinge gefährlich sind <input type="checkbox"/> Achtet darauf, nicht herunterzufallen <input type="checkbox"/> Guckt nach beiden Seiten, bevor es eine Straße überquert <input type="checkbox"/> Findet sich außerhalb der unmittelbaren Nachbarschaft zurecht
<b>6. Wie viel Aufsichtsbedarf hat es?</b>	<input type="checkbox"/> Kann im Garten oder Hof ohne Aufsicht gelassen werden <input type="checkbox"/> Kann in der Wohnung für einige Minuten allein bleiben <input type="checkbox"/> Kann für > 1 Stunde zu Hause allein bleiben <input type="checkbox"/> Weiß, wie es sich in Bezug auf Fremde verhalten muss

<p><b>7. Bei welchen Haushaltstätigkeiten kann es schon mithelfen, bzw. sie selbst erledigen?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bringt einzelne Gegenstände im Haushalt an ihren Platz</li> <li><input type="checkbox"/> Holt gewünschte Gegenstände herbei</li> <li><input type="checkbox"/> Hilft beim Tischdecken, Putzen oder handwerklichen Arbeiten</li> <li><input type="checkbox"/> Räumt Zimmer auf, wenn es darum gebeten wird</li> <li><input type="checkbox"/> Führt einfache Haushaltstätigkeiten selbstständig aus</li> <li><input type="checkbox"/> Brät sich Spiegeleier o. Ä. selbst</li> </ul>
<p><b>8. Wie kann es mit dem Telefon, der Uhr oder Geld umgehen?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ruft selbstständig andere Leute an</li> <li><input type="checkbox"/> Weiß, wie es sich im Notfall Hilfe holen kann</li> <li><input type="checkbox"/> Versteht die Funktion einer Uhr</li> <li><input type="checkbox"/> Kennt 10- und 50-Cent-Stücke sowie Ein- und Zwei-Eurostücke</li> </ul>
<p><b>9. Was sagt es, wenn es nach Namen und Adresse gefragt wird?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nennt eigenen Vor- und Nachnamen</li> <li><input type="checkbox"/> Nennt die vollständige Adresse</li> </ul>
<p><b>10. Was kann es schon lesen oder schreiben?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kann alle Buchstaben aus dem Gedächtnis aufsagen</li> <li><input type="checkbox"/> Liest mindestens 10 Wörter</li> <li><input type="checkbox"/> Liest aus eigener Initiative kleine Texte</li> <li><input type="checkbox"/> Schreibt seinen Namen</li> <li><input type="checkbox"/> Tippt oder schreibt kurze Mitteilungen</li> <li><input type="checkbox"/> Adressiert Umschläge selbstständig</li> </ul>
<p><b>11. Wie verhält es sich Ihnen gegenüber? Woran können Sie erkennen, dass es Sie von anderen unterscheidet?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Blickt in das Gesicht der Eltern</li> <li><input type="checkbox"/> Unterscheidet Eltern von anderen</li> <li><input type="checkbox"/> Begrüßt Eltern, wenn sie heimkommen</li> <li><input type="checkbox"/> Reagiert ängstlich, wenn es sich von Eltern trennen soll</li> <li><input type="checkbox"/> Lacht oder lächelt als Reaktion auf Lob</li> <li><input type="checkbox"/> Sucht Trost, wenn es sich wehgetan hat</li> </ul>
<p><b>12. Wie spricht es von seinen Gefühlen? Trauer? Ärger? Freude? Furcht? Nimmt es solche Gefühle schon bei anderen wahr?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Benennt Freude, Traurigkeit, Furcht und Ärger in Bezug auf sich selbst</li> <li><input type="checkbox"/> Reagiert, wenn andere Menschen traurig sind</li> <li><input type="checkbox"/> Zeigt Betroffenheit, wenn sich andere Menschen verletzt haben</li> <li><input type="checkbox"/> Kann mit jemandem Freude teilen</li> </ul>
<p><b>13. Mit wem spielt es? Was spielt es?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zeigt Interesse an anderen Kindern und beobachtet sie</li> <li><input type="checkbox"/> Versucht, sich an einem gemeinsamen Spiel zu beteiligen</li> <li><input type="checkbox"/> Gestaltet Rollenspiele</li> <li><input type="checkbox"/> Bevorzugt ruhige oder jüngere Spielpartner</li> </ul>

<p><b>14. An welchen gemeinsamen Spielen oder anderen Aktivitäten kann es sich beteiligen?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Kuckuck- oder Versteckspiele</p> <p><input type="checkbox"/> Dialogisches Spiel (abwechselnd mit den gleichen Spielsachen)</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsspiele (Rennen, Ballspiele) ohne feste Regeln</p> <p><input type="checkbox"/> Tischspiele mit bestimmten Regeln</p> <p><input type="checkbox"/> Fantasie- und Rollenspiele</p>
<p><b>15. Kann es schon soziale Regeln beachten?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Befolgt Regeln bei einfachen Spielen ohne stetige Erinnerung</p> <p><input type="checkbox"/> Teilt Spielzeug oder Dinge, die ihm gehören, mit anderen ohne Aufforderung</p> <p><input type="checkbox"/> Entschuldigt sich für versehentliches Missgeschick</p>
<p><b>16. Wie gestaltet es freundschaftliche Beziehungen zu anderen Kindern?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Hat gemeinsame (Spiel)Vorlieben mit anderen Kindern</p> <p><input type="checkbox"/> Besucht andere Kinder zu Hause oder erhält Besuch</p>

**M04**

**Exploration zu Auswirkungen und Zusammenhängen  
des Verhaltens**

**1. Befragung zu den Auswirkungen des Verhaltens**

Hat das problematische Verhalten beim Betroffenen selbst oder bei anderen zu einer Verletzung geführt? Ist seine Sicherheit oder die anderer Gruppenmitglieder gefährdet?

---

---

---

---

Hat das problematische Verhalten zur Gabe von sedierenden Medikamenten oder zu physischem Zwang geführt?

---

---

---

---

Wurde die Beteiligung des Betreffenden an gemeinsamen Aktivitäten in der Familie oder Gruppe, bzw. Ausflügen aufgrund des Verhaltens ausgeschlossen?

---

---

---

---

Beeinträchtigt das Verhalten Lern- oder Entwicklungsprozesse des Betreffenden?

---

---

---

---

Welche Auswirkungen hat das problematische Verhalten auf seine Beziehungen zu seiner Familie/Erziehern/anderen Kindern oder Gruppenmitgliedern?

---

---

---

---

Welche Auswirkungen hat das Verhalten auf die emotionale Belastung der Eltern, Geschwister, Lehrer oder Betreuer?

---

---

---

---

## 2. Befragung zu Zusammenhängen problematischen Verhaltens

Bei welchen Aktivitäten oder in welchem Zusammenhang tritt das Verhalten typischerweise auf?

---

---

---

---

Was geschieht in der Regel, wenn das Verhalten auftritt (d. h. was tun Sie oder andere)?

---

---

---

---

---

Gibt es bestimmte Ereignisse, die in der Regel unmittelbar vor dem Auftreten des Verhaltens geschehen?

---

---

---

---

Gibt es bestimmte Dinge, die Sie in der Regel vermeiden, weil sie Ihrer Erfahrung nach normalerweise problematisches Verhalten auslösen?

---

---

---

---

Gibt es bestimmte Bedingungen oder Aktivitäten, unter denen das Verhalten nicht oder fast nie auftritt?

---

---

---

---

Haben Sie eine Vorstellung, was das Kind/der Bewohner mit diesem Verhalten mitteilen möchte?

---

---

---

---

Gibt es Ihrem Eindruck nach irgendeinen Zusammenhang zu seinem körperlichen Befinden (Diät, Schlafen, Anfälle, Krankheiten, Schmerzen)?

---

---

---

---

Scheint Ihnen das Verhalten in Beziehung zu einer bestimmten Stimmung zu stehen? Ändert sich diese nach dem Verhalten?

---

---

---

---

Gibt es äußere Faktoren (Krach, Zahl der Menschen im Raum, Lichtverhältnisse, Musik, Temperatur), die das Auftreten des Verhaltens beeinflussen?

---

---

---

---

Gibt es Ihrem Eindruck nach Zusammenhänge zwischen dem Verhalten und bestimmten Ereignissen außerhalb der Situation (z. B. Konflikte zu Hause)?

---

---

---

---



**M05**

**Beobachtungsbogen zur Verhaltensprotokollierung\***

Name: \_\_\_\_\_

Problemverhalten: \_\_\_\_\_

**Was geschah unmittelbar nach dem Problemereignis (Konsequenzen)?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erhält Essen, Getränke o. Ä.          | <input type="checkbox"/> Erhält mehr soziale Aufmerksamkeit               |
| <input type="checkbox"/> Erhält weniger soziale Aufmerksamkeit | <input type="checkbox"/> Kam in eine ruhigere Umgebung                    |
| <input type="checkbox"/> Erhielt eine Aufgabe/Beschäftigung    | <input type="checkbox"/> Erhielt neue sensorische Anregung                |
| <input type="checkbox"/> Wurde von einer Aufgabe „befreit“     | <input type="checkbox"/> Erhielt mehr Hilfe zur Bewältigung einer Aufgabe |
| <input type="checkbox"/> Durfte spazieren gehen                | <input type="checkbox"/> Wurde ermahnt                                    |
| <input type="checkbox"/> Ihm wurden sensorische Reize entzogen |   |

Was sonst? \_\_\_\_\_

**Was geschah unmittelbar vor dem Problemereignis (Auslöser)?**

- Essen oder Getränke wurden vorbereitet/waren in Sicht
- Erhielt Aufforderung
- Ein bestimmtes Gruppenmitglied war da/kam herein
- Es wurde etwas verboten oder verweigert
- Hatte für mehrere Minuten keinen sozialen Kontakt
- War für mehrere Minuten ohne Aufgabe oder Beschäftigung
- War Opfer von Hänseleien oder Beschimpfung
- War in Streit verstrickt

Was sonst? \_\_\_\_\_

**Wie war die Situation, in der das Ereignis stattfand (Rahmenbedingung)?**

*Materiell:*

ruhig    geräuschvoll    kalt    sonstige: \_\_\_\_\_

*Sozial:*

allein    in Gruppe    im Streit    sonstige: \_\_\_\_\_

*Persönlich:*

Fühlt Schmerz oder Unbehagen    Wut    Anspannung  
 Aufregung    Freude    Müdigkeit

*Ereignisse in den drei Stunden zuvor:*

Streitsituationen    Veränderung gewohnter Abläufe  
 Besuche    sonstige: \_\_\_\_\_

\* Dt. Version von Sarimski (2005) modifiziert nach Clements und Martin (2002).

M06		Körperlicher Befund*			
<b>Verhalten bei der Untersuchung</b>					
Verhalten:	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> indifferent	<input type="checkbox"/> unruhig	
	<input type="checkbox"/> abwehrend	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> schreiend		
Stimme:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rau	<input type="checkbox"/> schnarrend	<input type="checkbox"/> heiser	
	<input type="checkbox"/> krähend	<input type="checkbox"/> schrill	<input type="checkbox"/> Katzenschrei		
Sprachäußerung:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> undeutlich	<input type="checkbox"/> unartikuliert		
	<input type="checkbox"/> verwaschen	<input type="checkbox"/> unvollkommen	<input type="checkbox"/> fehlend		
<b>Haut und Schleimhäute</b>					
Farbe:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> ikterisch	
	<input type="checkbox"/> zyanotisch (zentral/peripher) – Cutis marmorata				
	<input type="checkbox"/> Hämatome	<input type="checkbox"/> Petechien	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Verletzungen	
Oberfläche:	<input type="checkbox"/> glatt	<input type="checkbox"/> rau			
	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> schuppig		
	<input type="checkbox"/> Hyperkeratose	<input type="checkbox"/> Narben	<input type="checkbox"/> Kratzeffekte		
Pigmentation:	<input type="checkbox"/> hell	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> dunkel		
	<input type="checkbox"/> Vitiligo	<input type="checkbox"/> Lentiginos	<input type="checkbox"/> Epheliden	<input type="checkbox"/> Naevi pigmentosi	
	<input type="checkbox"/> Café-au-Lait-Flecke		<input type="checkbox"/> White Spots		
Turgor:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pastös	<input type="checkbox"/> schlaff	<input type="checkbox"/> vermindert	
	<input type="checkbox"/> Cutis laxa	<input type="checkbox"/> hyperelastica	<input type="checkbox"/> Myxödem		
	<input type="checkbox"/> Ödem (Lokalisation: _____ )				
Kopfhaar:	<input type="checkbox"/> Blond	<input type="checkbox"/> braun	<input type="checkbox"/> schwarz	<input type="checkbox"/> rot	
	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> dicht	<input type="checkbox"/> schütter	
	<input type="checkbox"/> fein	<input type="checkbox"/> Alopezie	<input type="checkbox"/> weiße Strähne		
	<input type="checkbox"/> Wirbel	<input type="checkbox"/> glatt	<input type="checkbox"/> gewellt	<input type="checkbox"/> kraus	
	<input type="checkbox"/> spröde	<input type="checkbox"/> brüchig			

\* modifiziert nach G. Neuhäuser und H.-C. Steinhausen (Hrsg.). (2003). Geistige Behinderung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH (S. 90–93).

Ansatz: Stirn:  normal  tief  Glatze  
 Nacken:  normal  tief  
 Körperbehaarung:  normal  vermehrt  vermindert  Hirsutismus  
 Behaarung am Rücken  sakrale Hypertrichose  
 Axillar-  
 behaarung:  normal  spärlich  fehlt  
 Bartwuchs: \_\_\_\_\_

Finger- und  
 Fußnägel:  unauffällig  schmal  hyperkonvex  
 hypoplastisch  Uhrglasnägel  Onycholysis  
 Onycho-  
 gryposis  Pachyo-  
 nychie  Skleronychie  
 subunguale Hyperkeratose  Koenen-Tumoren  
 trophische Störungen: \_\_\_\_\_

Besonderheiten:  Naevus pilosus  Naevus flammeus  
 kavernöse, kapilläre Hämangiome (Lokalisation: \_\_\_\_\_)  
 Fibrome  Verrucae  Ekzem  
 andere Exantheme  Lichtempfindlichkeit  
 Adenoma sebaceum  Teleangiektasien  
 Keratosis palmoplantaris  Cutis verticis gyrata  
 Lipome  Foveola cocygea  
 andere: \_\_\_\_\_  
 Lymphknoten: \_\_\_\_\_

## Kopf

Form:  symmetrisch  asymmetrisch  brachycephal  
 dolichocephal  Asynkletismus  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Kopfhaltung und  
 Beweglichkeit:  unauffällig  
 auffällig durch: \_\_\_\_\_

Fontanellen:

Maße: \_\_\_\_\_ cm

Vorwölbung     knöcherner Buckel     verzögerter Schluss

Enzephalozele     Lokalisation \_\_\_\_\_

Knochenlücken

Stirn:

unauffällig     gewölbt     hoch

Stirnhöcker     fliehend     schmal

Gesicht:

oval     rund     asymmetrisch (re./li.)

Vogelgesicht     Sphinxgesicht

Wangenröte     Gesichtsspalte     Lippenpalte (ob./unt.)

Kieferspalte     Gaumenspalte     Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte

Zwischenkieferprominenz

Mikrognathie     Mittelgesichtshypoplasie

Mikrogenie     Progenie

vorspringende Jochbögen

## Augen

Lidachsen:

horizontal     geneigt (mongoloid/antimongoloid)

Lidspalten:

unauffällig     klein     schlitzförmig     groß

ungleich     Ptosis (re./li.)     Ektropium

Symblepharon     Blepharitis

Mikrophthalmie     Anophthalmie

Augenbrauen:

normal     buschig     schütter

fehlend     Synophris

Augenwimpern:

normal     lang     fehlend     Trichiasis

Augeninnenwinkel:

unauffällig     stumpf     spitz     verdeckt

Epikanthus     Mongolenfalte

Bulbi:  groß  klein  fehlend  
 Exophthalmus  Enophthalmus

Augenabstand: \_\_\_\_\_ mm  normal  eng  weit

Beweglichkeit:  normal  gestört  
 Strabismus paralyticus (re./li.)  
 Strabismus alternans  convergens  divergens

Konjunktiven:  unauffällig  gerötet  Teleangiektasien

Skleren:  weiß  bläulich  gelblich  Blutung

Iris:  hell  mittel  dunkel  
 (Farbe: \_\_\_\_\_ )

Heterochromie  Hypoplasie  
 Aplasie  Kolombom  
 Brushfield spots  Seitendifferenz

Cornea: \_\_\_\_\_ mm  normal  groß  klein

Sehvermögen: evtl. ophthalmologischer Befund: \_\_\_\_\_

## Ohren

Ohrmuschel:  unauffällig  groß  klein  
 Modellierung:  gut  unvollkommen  
 abweichend

Überwiegen von  Helix  Anthelix  Tragus  
 Fehlen von  Helix  Anthelix  Tragus  
 Antitragus

präaurikuläre Anhängsel  Fisteln  
 retroaurikuläre Fisteln  Kerbenohr  Satyrohr

Stellung  normal  tief  
 anliegend  abstehend

Rotierung  senkrecht  dorsalrotiert

	<input type="checkbox"/> Tele- angiektasien	<input type="checkbox"/> Behaarung	<input type="checkbox"/> Aplasie
	<input type="checkbox"/> andere Missbildung: _____		
Ohr läppchen:	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> angewachsen	<input type="checkbox"/> fehlend
Gehörgang:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Stenose	<input type="checkbox"/> Atresie
Hörvermögen:	evtl. pädaudiologischer Befund: _____		

### Nase

Form:	<input type="checkbox"/> groß	<input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> schmal	<input type="checkbox"/> breit
	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> klobig	
	<input type="checkbox"/> Papageien- nase	<input type="checkbox"/> Steckkontakt- nase	<input type="checkbox"/> Spalte	
	<input type="checkbox"/> breite	<input type="checkbox"/> hohe	<input type="checkbox"/> eingesunkene Nasenwurzel	
Verknorpelung:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> Fehlbildung	
Durchgängigkeit:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verlegt		
	<input type="checkbox"/> Schleimhaut: _____			
Philtrum:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> verkürzt	<input type="checkbox"/> fehlend

### Mund

Form:	<input type="checkbox"/> groß	<input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> permanent offen	<input type="checkbox"/> Speichel- fluss
Lippen:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> schmal (O/U)	<input type="checkbox"/> breit (O/U)	<input type="checkbox"/> Radiär- furchen
	<input type="checkbox"/> Fisteln	<input type="checkbox"/> Faulecken	<input type="checkbox"/> Frenula	
Mundschleim- haut:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> entzündet	<input type="checkbox"/> Leukoplakie	
Gingiva:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hyper- plastisch	<input type="checkbox"/> blutend	
Zähne:	<input type="checkbox"/> Zahnformel			
	<input type="checkbox"/> Aplasie	<input type="checkbox"/> Hypoplasie	<input type="checkbox"/> Andodontie	<input type="checkbox"/> Hypodontie
	<input type="checkbox"/> Mikrodontie	<input type="checkbox"/> Diastema	<input type="checkbox"/> Stellungsanomalie	
	<input type="checkbox"/> offener Biss	<input type="checkbox"/> Karies	<input type="checkbox"/> Verfärbung	<input type="checkbox"/> Schmelz- defekte

	<input type="checkbox"/>	Formanomalien:	_____					
	<input type="checkbox"/>	Sanierung:	_____					
Zunge:	<input type="checkbox"/>	unauffällig	<input type="checkbox"/>	rissig	<input type="checkbox"/>	belegt	<input type="checkbox"/>	trocken
	<input type="checkbox"/>	furchig	<input type="checkbox"/>	Makroglossie	<input type="checkbox"/>	Mikroglossie	<input type="checkbox"/>	Protrusion
	<input type="checkbox"/>	Lingua scrotalis	<input type="checkbox"/>	geographica	<input type="checkbox"/>	nigra	<input type="checkbox"/>	Haarzunge
	<input type="checkbox"/>	Atrophie	<input type="checkbox"/>	Fibrillation	<input type="checkbox"/>	Narben	<input type="checkbox"/>	Schwellung
	<input type="checkbox"/>	Papillen:	_____					
Gaumen:	<input type="checkbox"/>	breit	<input type="checkbox"/>	schmal	<input type="checkbox"/>	flach	<input type="checkbox"/>	hoch
	<input type="checkbox"/>	spitz	<input type="checkbox"/>	Gaumenspalte (harter/weicher Gaumen/operiert)				
		Uvula:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	gespalten	<input type="checkbox"/>	fehlend
Rachen:	<input type="checkbox"/>	reizlos	<input type="checkbox"/>	gerötet	<input type="checkbox"/>	verschleimt	<input type="checkbox"/>	nicht einzusehen
Tonsillen:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	vergrößert	<input type="checkbox"/>	zerklüftet		
	<input type="checkbox"/>	Belag	<input type="checkbox"/>	Sekret	<input type="checkbox"/>	entfernt		
	<input type="checkbox"/>	Besonderheiten:	_____					

### Hals

Form:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	verkürzt	<input type="checkbox"/>	lang	<input type="checkbox"/>	Schiefhals
Beweglichkeit:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt durch: _____				
Schilddrüse:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	nicht tastbar	<input type="checkbox"/>	vergrößert: _____		
Lymphknoten:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	vergrößert: _____				
Besonderheiten:	<input type="checkbox"/>	Halszysten	<input type="checkbox"/>	Fisteln	<input type="checkbox"/>	Lymph- angiom	<input type="checkbox"/>	Pterygium (bds./re./li.)

### Wirbelsäule

Form:	<input type="checkbox"/>	unauffällig	<input type="checkbox"/>	Lordose	<input type="checkbox"/>	Kyphose
	<input type="checkbox"/>	Skoliose (Lokalisation: _____ )				
	<input type="checkbox"/>	Gibbus	<input type="checkbox"/>	Kryphoskoliose		
Muskeln:	<input type="checkbox"/>	normal	<input type="checkbox"/>	hypothroph	<input type="checkbox"/>	atrophisch



- Bewegung:  normal  eingeschränkt
- Besonderheit:  Spina bifida occulta  Meningozele  Meningomyelozele
- Lipom  Nävus  Härmangiom

### Thorax

- Form:  normal  Hühnerbrust  Trichterbrust
- Kielbrust  Spalte  Herzbucket
- Flanken-depression  Harrison-Furche  Glockenthorax
- Fassthorax  Schildthorax
- Weichteile: Brustmuskeln:  kräftig  hypotroph  Aplasie des Pectoralis
- Mammae:  fehlend  normal entwickelt
- (Stad. nach Tanner: \_\_\_\_\_ )
- Gynäko-mastie  Anisomastie
- Mamillen:  normal  hypoplastisch
- vergrößert  akzessorische Mamillen
- Abstand \_\_\_\_\_ cm

### Schultergürtel

- Form:  unauffällig  Abweichung: \_\_\_\_\_
- Scapula alata  Schulterblatthochstand
- Anomalie (Fehlen) der Clavicula

### Obere Extremität

- Form:  unauffällig  Abweichung: \_\_\_\_\_
- Gelenke:  normal  Abweichung  Streckhemmung
- Überstreckbarkeit  Cubita valga
- Besonderheit: \_\_\_\_\_

Hände:  klein  groß  kurz  lang

plump  Tatzenhand  Dreizackhand

Handfurchen:  Vierfinger  Sydney

andere: \_\_\_\_\_

Finger:  Syndaktylie  Schwimmhaut  Polydaktylie

Klinodaktylie  fehlende Beugefalte

Kamptodaktylie  Dubois-Zeichen

Daumen:  normal  proximal disloziert

breit  verkrümmt

Spinnenfinger  Trommelschlägelfinger  Überkreuzung

andere Besonderheit: \_\_\_\_\_

### Beckengürtel

Form:  normal  asymmetrisch

Darmbeinschaufelhypoplasie  Exostosen

andere Besonderheit: \_\_\_\_\_

Hüftgelenke:  normal  Bewegungseinschränkung

Spreizhemmung  Beugehemmung

Rotationshemmung (R/L)

### Untere Extremität

Form:  unauffällig  Abweichung

Gelenke:  normal  Achsenabweichung  Streckhemmung

Überstreckbarkeit  Genua valga  vara

recurvata  Fehlen der Patella

andere Besonderheit: \_\_\_\_\_

Füße:

- unauffällig     klein     groß     breit  
 schmal     Spreizfuß     Spitzfuß     Hohlfuß  
 Plattfuß     Knickfuß     Senkfuß     Klumpfuß  
 Hakenfuß     Wiegenkufenfuß  
 andere Besonderheit: \_\_\_\_\_

Sohlen:     Vierzehenfurche     Sandalenfurche

- Zehen:     Syndaktylie     Schwimmhautbildung  
 Polydaktylie     Sandalenlücke  
 Hammerzehe     Hallux valgus  
 breite Großzehen     Deviation von Zehen  
 andere Besonderheit: \_\_\_\_\_

### Atmungsapparat

- Normalbefund  
 Besonderheit \_\_\_\_\_

### Herz-Kreislauf-System

- Normalbefund  
 Besonderheit: Herzfehler

### Abdomen

- Bauchdecken:     normal     gebläht  
                           eingesunken     Muskelaplasie  
 Bruchpforten geschlossen     Hernien (operiert)  
 Rektusdiastase  
 Nabel  
 Leber/Milz:     normal     vergrößert  
 Nieren

## Genitale

Genitale:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> nicht eindeutig	
Penis:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffallend groß	<input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> Hypospadie
	<input type="checkbox"/> Epispadie	<input type="checkbox"/> Phimose	<input type="checkbox"/> Zirkumzision	
Skrotum:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hypoplastisch	<input type="checkbox"/> Hydrozele	<input type="checkbox"/> schalartige Falte
Hoden:	Größe R _____ ml		L _____ ml	
	<input type="checkbox"/> deszendiert	<input type="checkbox"/> im Leistenkanal	<input type="checkbox"/> nicht tastbar	
Pubes:	<input type="checkbox"/> fehlend	<input type="checkbox"/> vorhanden (Stad. nach Tanner: _____ )		
Vulva:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Hypoplasie der Labien		
	<input type="checkbox"/> Klitorishypertrophie	<input type="checkbox"/> Hymenalatresie		

**M07 Fragebogen zu Medikamentennebenwirkungen**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Bitte beurteilen Sie, ob bei dem Patienten seit dem Beginn der Behandlung mit dem  
Medikament (Name) \_\_\_\_\_am (Datum) \_\_\_\_\_ /der Dosiserhöhung seit (Datum) \_\_\_\_\_ die  
folgenden Nebenwirkungen aufgetreten sind:

	<b>0</b> sicher nicht	<b>1</b> ein wenig	<b>2</b> deutlich	<b>3</b> sehr stark	<b>9</b> Ich weiß nicht
1. Appetitsteigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Appetitminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vermehrtes Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vermindertes Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vermehrter Speichel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trockener Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vermehrtes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vermindertes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vermehrtes Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vermindertes Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hautjucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>0</b> sicher nicht	<b>1</b> ein wenig	<b>2</b> deutlich	<b>3</b> sehr stark	<b>9</b> Ich weiß nicht
20. Schneller Sonnenbrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lichtempfindlichkeit der Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Verschwommene Sicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Trockene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vermehrter Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Undeutliche Aussprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Zittrigkeit der Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Unruhe beim Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Muskelzuckungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ungewöhnliche Bewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Vermindertes Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Beziehungsverschlechterung zu den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Beziehungsverschlechterung zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Vermehrtes Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Unglücklichsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Verstärkter Rückzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ausdrucksarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>0</b> sicher nicht	<b>1</b> ein wenig	<b>2</b> deutlich	<b>3</b> sehr stark	<b>9</b> Ich weiß nicht
45. Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Vermehrtes Tagträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Schweigsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Redseligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Gehobene Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ständiges Wiederholen von Dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Trugwahrnehmungen (Hört/sieht Dinge, die nicht da sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier können Sie einzelne Merkmale noch genauer beschreiben. Geben Sie bitte in die Klammern zuerst die Nummer des Merkmals an:					
(    )					
(    )					
(    )					
(    )					
(    )					
Hier können Sie noch weitere Bemerkungen vornehmen:					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					