Fragebogen über Nebenwirkungen von Medikamenten

Beurteilerin:

Sie finden eine Liste von Verhaltensweisen und Problemen, die in einzelnen Fällen bei einer medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen auftreten können. Beurteilen Sie bitte für die zurückliegende Woche, wie stark diese Verhaltensweisen und Probleme ausgeprägt waren, indem Sie eine der Zahlen zwischen 0 (überhaupt nicht) und 9 (sehr häufig/sehr stark) in die Tabelle schreiben.

Wenn Sie das Verhalten oder Problem in der vergangenen Woche nicht beobachtet haben, dann schreiben sie bitte die 0. Wenn Sie das Verhalten oder Problem sehr häufig beobachtet haben oder wenn es sehr stark ausgeprägt war, dann schreiben Sie die 9. Sie können auch eine andere Zahl schreiben, je nachdem ob das Verhalten oder Problem weniger stark oder weniger häufig aufgetreten ist. Wählen Sie bitte immer eine Zahl aus, auch wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Kein Problem Es hätte nicht schlimmer sein können

	Woche 1 Datum:	Woche 2 Datum:	Woche 3 Datum:	Woche 4 Datum:	Woche 5 Datum:	Woche 6 Datum:	Woche 7 Datum:
1. Probleme beim Einschlafen oder andere Schlafstörungen							
2. Alpträume							
3. Starrt ins Leere oder hat Tagträume							
4. Spricht mit anderen wenig							
5. Interessiert sich nicht für andere							
6. Wenig Appetit							
7. Empfindlich oder reizbar							
8. Magenschmerzen							
9. Kopfschmerzen							
10. Schwindel							
11. Wirkt traurig							
12. Weint schnell							
13. Ist ängstlich							
14. Beißt Fingernägel							
15. Wirkt über die Massen fröhlich oder euphorisch							
16. Ist müde							
17. Nervöse Zuckungen oder Tics							
18. Anderes:							