

ADS-Fragebogen für Erwachsene

Sehr geehrte Klientin,

Sehr geehrter Klient,

ausdrücklich weise ich Sie darauf hin, dass dieser Test lediglich einen Verdachtsmoment für ADS ergibt.

Keinesfalls lässt sich ein Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom anhand der Tests einwandfrei diagnostizieren.

Bitte unterstreichen Sie das zutreffende auch.

	Eher Nein	Manchmal	Eher Ja	Sehr oft		Eher Nein	Manchmal	Eher Ja	Sehr oft
	1	2	3	4		1	2	3	4
1) Sind Sie leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9) Machen Sie oft verschiedene Dinge gleichzeitig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Haben Sie als Kind Schwierigkeiten in der Schule gehabt, konzentriert und aufmerksam zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10) Haben Sie Schwierigkeiten mit der Zeiteinteilung und sind Sie häufig zu spät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Können Sie schwer eine Sache zu Ende bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11) Sind Sie häufig langsamer und umständlicher als ihre Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Sind Sie vergesslich und verlegen häufig Sachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12) Hatten Sie Probleme in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Verlieren Sie öfter den Überblick?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13) Haben Ihre Noten sehr geschwankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Fällt es Ihnen schwer Prioritäten zu setzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14) Hatten Sie besondere Schwierigkeiten mit Fächern, die Sie nicht interessiert haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Hatten und haben Sie eine unleserliche Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15) Waren Sie als Kind schüchtern, langsam, verträumt, oft abwesend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Bekommen Sie wichtige Sachen manchmal nicht mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

	Eher Nein	Manchmal	Eher ja	Sehr oft		Eher Nein	Manchmal	Eher ja	Sehr oft
	1	2	3	4		1	2	3	4
16) Hatten Sie spezielle Probleme mit Schreiben, Lesen oder Rechnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26) Leiden oder litten Sie unter starken Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Blieben Sie in der Schule unter Ihren Möglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27) Haben oder hatten Sie häufiger Schuld – oder Reuegefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Hatten Sie das Gefühl als Kind anders zu sein als Gleichaltrige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28) Waren Sie ein „Zappelphilipp“ oder der „Klassenclown“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Hatten Sie als Kind Verhaltensstörungen wie Ängste, Bettnässen, Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29) Haben Sie als Kind häufig unvernünftige Sachen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Hatten oder haben Sie bis heute Schwierigkeiten ein Buch ganz durchzulesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30) Hatten Sie als Kind häufig Unfälle oder haben Sie durch Ungeschicklichkeiten viel kaputt gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Haben Sie sich häufiger die Noten durch Flüchtigkeitsfehler verdorben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31) Haben Sie viel und gerne geredet und war es schwer für Sie nicht in die Klasse zu rufen, wenn Ihnen etwas einfiel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Ist es Ihnen schwergefallen den Stoff zu lernen und zu behalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32) Hatten Sie häufig Probleme mit Lehrer, Direktoren oder Autoritätspersonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Waren Sie als Kind sehr empfindlich und kränkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33) Haben Sie als Kind unter heftigen Wutanfällen und Jähzorn gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Haben Sie schnell geweint und waren Sie durch Kleinigkeiten aus der Fassung zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34) Hatten Sie als Kind heftige Gefühlsausbrüche und extreme Reaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Hatten Sie häufig das Gefühl zu kurz zu kommen oder ungerecht behandelt worden zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

	Eher Nein	Manchmal	Eher ja	Sehr oft		Eher Nein	Manchmal	Eher ja	Sehr oft
	1	2	3	4		1	2	3	4
35) Machen Sie bis heute noch viele Dinge spontan und überlegen erst nachher die Folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47) Machen Sie sich öfter Sorgen und fühlen sich vom Leben überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Sind Sie heute schnell nervös, zappelig und unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48) Können Sie sehr stur und hartnäckig sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Fällt es Ihnen schwer abzuschalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49) Fällt es Ihnen schwer sich in andere hineinzuversetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Haben Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50) Sind Sie oft rebellisch, ein Gerechtigkeitsfanatiker oder Rechthaber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Können Sie heute anderen schlecht zuhören und dabei still sitzenbleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51) Können Sie nur schwer Ordnung halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Sind Sie unzufrieden mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52) Haben Sie Probleme mit Ihren Finanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Haben Sie ein geringes Selbstwertgefühl und zweifeln Sie häufig an sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53) Gleicht Ihr Schreibtisch immer wieder einem Chaosberg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Können Sie sich auch heute unheimlich ärgern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54) Fiel es Ihnen schwer Kontakte zu knüpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Können Sie schlecht warten und werden Sie schnell ungeduldig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55) Ist es für Sie schwer Beziehungen über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Fehlt es Ihnen häufig an Ausdauer und Durchhaltevermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56) Hatten Sie Schwierigkeiten von anderen akzeptiert zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Fällt es Ihnen schwer Pflichten und Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57) Bestand ein Großteil Ihrer Beschwerden schon in Ihrer Kindheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Sind Sie launisch und sprunghaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

	Eher Nein	Manchmal	Eher ja	Sehr oft
	1	2	3	4
58) Sind Sie durch die angegebenen Probleme sehr belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59) Gibt es in Ihrer Familie Menschen, die ähnliche Symptome oder Charakterzüge haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60) Sind Sie manchmal sehr zwanghaft und müssen sich dauernd kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61) Wechseln Sie häufiger die Arbeitsstelle oder die Beziehung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62) Lieben Sie Nervenkitzel und Aufregung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63) Werden Sie bei Tätigkeiten, die Sie langweilen unruhig und ungeduldig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64) Schieben Sie wichtige Dinge lange vor sich her?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65) Ist für Sie Langeweile besonders quälend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66) Verlieren Sie unter Stress schnell die Fassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67) Schießen Sie häufig über das Ziel hinaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68) Fällt es Ihnen schwer sich im Straßenverkehr an Geschwindigkeitsbegrenzungen zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Eher Nein	Manchmal	Eher ja	Sehr oft
	1	2	3	4
69) Trödeln Sie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70) Wenn Sie z.B. ein Regal kaufen, versuchen Sie zunächst dieses ohne die Gebrauchsanweisung zusammen zu bauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71) Haben Sie entweder zu viel oder zu wenig Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72) Sind Sie spontan begeistert, verlieren dann aber schnell die Lust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73) Versacken Sie schnell vor dem Fernseher, dem Laptop oder dem Handy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74) Haben oder hatten Sie Suchtprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75) Springen Ihre Gedanken sehr beim Nachdenken von einem Thema zum nächsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung:

Wenn Sie die überwiegende Zahl der Fragen mit „eher ja“ oder „sehr oft“ angekreuzt haben, bzw. Ihr Partner sie so beurteilt hat, dann lohnt es sich für Sie, dass Sie sicher intensiver mit dem Thema ADS beschäftigen.
Die Fragen 8, 11, 15, 19, 23, 24, 27, 40, 41, 46, 47, 51, 52, 55, 62, 63, 67, 70, 72 geben Hinweise für Symptome der hyperaktiven ADS. Wenn Sie hier besonders viele Fragen mit „eher ja“ oder „sehr oft“ beantwortet haben, sollten Sie sich besonders mit dieser ADS-Form beschäftigen.