

ASRS-5 V1.1 – Teil A
Fragebogen für Patient:innen

Name: _____	Alter: _____	Datum: _____
-------------	--------------	--------------

Markieren Sie das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und sich benommen haben. Wenn Sie unsicher sind, welche Antwortoption Sie auswählen sollen, kreuzen Sie das an, was am ehesten typisch für Sie ist.

	nie (0)	selten (1)	manch- mal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
1. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten sich auf das zu konzentrieren, was andere sagen, selbst wenn sie direkt mit Ihnen sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft verlassen Sie ihren Sitzplatz in Situationen, in denen von Ihnen erwartet wird, dass Sie sitzen bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten zur Ruhe zu kommen und sich zu entspannen, wenn Sie Zeit für sich haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft beenden Sie in Unterhaltungen den Satz anderer Personen, bevor diese ihn selbst zu Ende sprechen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft verschieben Sie Dinge bis auf die letzte Minute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft brauchen Sie die Unterstützung anderer, um Struktur in ihren Alltag zu bringen und auf Details zu achten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtpunktzahl: _____

ASRS-5 V1.1 – Teil B
Fragebogen für Patient:innen

Name: _____	Alter: _____	Datum: _____
-------------	--------------	--------------

Markieren Sie das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und sich benommen haben. Wenn Sie unsicher sind, welche Antwortoption Sie auswählen sollen, kreuzen Sie das an, was am ehesten typisch für Sie ist.

	nie (0)	selten (1)	manch- mal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
7. Wie oft machen Sie Flüchtigkeitsfehler, wenn Sie an einem langweiligen oder schwierigen Projekt arbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben, wenn Sie langweilige oder sich wiederholende Arbeiten verrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, sich auf das, was man Ihnen sagt, zu konzentrieren, selbst wenn man Sie direkt anspricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft verlegen Sie Dinge zuhause oder bei der Arbeit bzw. haben Schwierigkeiten, sie zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie oft lassen Sie sich durch Aktivitäten oder Geräusche in Ihrer Umgebung ablenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie oft verlassen Sie Ihren Platz bei Besprechungen oder in anderen Situationen, wo von Ihnen erwartet wird, dass Sie sitzen bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie oft sind Sie unruhig oder zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, abzuschalten und sich zu entspannen, wenn Sie Zeit für sich haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie in geselligen Situationen zu viel reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie oft kommt es in einer Unterhaltung vor, dass Sie die Sätze Ihrer Gesprächspartner beenden, bevor diese sie selbst beenden können?

17. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind?

18. Wie häufig unterbrechen Sie andere Leute, wenn diese arbeiten oder mit anderen Dingen beschäftigt sind?

Gesamtpunktzahl: ____