

Fragebogen zu Nebenwirkungen von Medikamenten

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Bitte beurteilen Sie, ob bei dem Kind/Jugendlichen während der Behandlung
(Zeitraum zwischen Dosis 1 und Dosis 2) mit dem Medikament (Name):

_____ die folgenden Nebenwirkungen aufgetreten sind:

		0 sicher nicht	1 ein wenig	2 deut- lich	3 sehr- stark	9 ich weiß nicht
	Dosis 1: _____ Datum: _____					
	Dosis 2: _____ Datum: _____					
1.	Appetitsteigerung					
2.	Appetitminderung					
3.	Vermehrtes Trinken					
4.	Vermindertes Trinken					
5.	Vermehrter Speichel					
6.	Trockener Mund					
7.	Verstopfung					
8.	Durchfall					
9.	Übelkeit					
10.	Erbrechen					
11.	Bauchschmerzen					
12.	Vermehrtes Wasserlassen					
13.	Vermindertes Wasserlassen					
14.	Vermehrtes Bettnässen					
15.	Vermindertes Bettnässen					
16.	Schmerzen beim Wasserlassen					
17.	Hautjucken					
18.	Hautausschlag					
19.	Vermehrtes Schwitzen					
20.	Schneller Sonnenbrand					
21.	Lichtempfindlichkeit der Augen					

		0 sicher nicht	1 ein wenig	2 deut- lich	3 sehr- stark	9 ich weiß nicht
22.	Verschwommenes Sehen					
23.	Trockene Augen					
24.	Vermehrter Schnupfen					
25.	Kopfschmerzen					
26.	Schwindelgefühle					
27.	Undeutliche Aussprache					
28.	Zittrigkeit der Hände					
29.	Unruhe beim Sitzen					
30.	Muskelzuckungen					
31.	Muskelkrämpfe					
32.	Ungewöhnliche Bewegungen					
33.	Müdigkeit					
34.	Vermindertes Schlafbedürfnis					
35.	Einschlafstörungen					
36.	Durchschlafstörungen					
37.	Alpträume					
38.	Beziehungsverschlechterung zu den Eltern					
39.	Beziehungsverschlechterung zu Gleichaltrigen					
40.	Vermehrtes Weinen					
41.	Unglücklichsein					
42.	Traurigkeit					
43.	Verstärkter Rückzug					
44.	Ausdrucksarmut					
45.	Konzentrationsstörung					
46.	Vermehrtes Tagträumen					
47.	Schweigsamkeit					
48.	Redseligkeit					

		0 sicher nicht	1 ein wenig	2 deut- lich	3 sehr- stark	9 ich weiß nicht
49.	Gehobene Stimmung					
50.	Reizbarkeit					
51.	Aggressivität					
52.	Selbstverletzungen					
53.	Ständiges Wiederholen von Dingen					
54.	Trugwahrnehmungen (Hört/sieht Dinge, die nicht da sind)					
55.	Ängstlichkeit					
56.	Benommenheit					

Hier können Sie einzelne Merkmale noch genauer beschreiben. Geben Sie bitte in die Klammern zuerst die Nummer des Merkmals an:

()	
()	
()	
()	
()	