

## Verlaufskontrolle

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Um die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen besser zu beurteilen, benötigen wir Ihre Einschätzung über Veränderungen des Verhaltens des Kindes.

	Schlechter	unverändert	Leicht besser	Deutlich besser	Erheblich besser	Trifft nicht zu
Konzentrationsstörungen						
Arbeitstempo						
Ablenkbarkeit						
Tagträumer						
Klassenkasper						
Dazwischenreden						
Grenzen einhalten						
Verbale/körperl. Aggressionen						
Beteiligung am Unterricht						
Sozialverhalten						
Außenseiter						
Leistungen						
Schriftbild						

Halten die positiven Veränderungen bis zu den letzten Schulstunden an? O ja O nein

Wenn nein, ab wann beobachten Sie ein Nachlassen der Konzentration? Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Falls Sie uns weitere Beobachtungen mitteilen möchten, steht Ihnen hierfür die Rückseite zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe