

Mein persönliches THERAPIE
BUCH



Ein Service von MEDICE



Dieses Therapiebuch gehört:

.....
.....

Mein Arzt:

.....

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Liebe Patientin, lieber Patient,

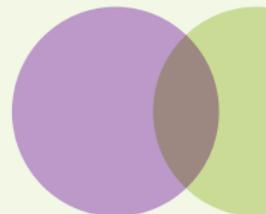
Ihr Arzt hat bei Ihnen eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert.

Mit diesem Therapiebuch, entwickelt in Zusammenarbeit mit den renommierten ADHS-Experten Dr. med. Eveline Reich-Schulze und Dr. Matthias Rudolph, können Sie aktiv zum Erfolg der Behandlung beitragen.

Es hilft Ihnen und Ihrem Arzt,

- die optimale Dosierung des Medikaments zu bestimmen
- Ihre Symptome besser zu beschreiben und zu deuten
- Ihren Therapieverlauf zu dokumentieren

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Behandlung!



Aktueller Status Ihrer Medikation und Kontrollwerte

Bitte füllen Sie diese Seite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus.



Datum:

Medikament:

Dosierung morgens: mg

Dosierung mittags: mg

Blutdruck: / **Puls:**

Gewicht: kg

Bisherige Auffälligkeiten:

.....

.....

Bisheriger Arzt:

So arbeiten Sie mit Ihrem persönlichen Therapiebuch

Um einen guten Therapieerfolg zu erzielen, sollten Sie folgende Ratschläge beherzigen:

- Bitte beginnen Sie an einem arbeitsfreien Tag nach dem Frühstück mit der ersten Tablette. Sie sollten grundsätzlich vor der Tabletteneinnahme etwas essen.
- In den ersten Tagen sollten Sie kein Auto fahren und keine Maschinen bedienen. Danach nur, wenn Sie sich mit Sicherheit dazu in der Lage fühlen.
- Bitte niemals Alkohol konsumieren, solange die Tabletten noch wirken.
- Die Tageshöchstdosis beträgt: 1 mg/kg Körpergewicht bzw. maximal 80 mg/Tag.
- Lassen Sie sich von Ihrem Arzt durch die jeweils siebenwöchige Eindosierungs- und Erhaltungsphase leiten. Er erklärt Ihnen den Unterschied und unterstützt Sie bei dem korrekten Ausfüllen der Tabellen dieses Therapiebuchs.
- Bewerten Sie Ihre Stimmungslage wöchentlich mit Zahlen von 0 bis 10.
- Nach den siebenwöchigen Phasen können Sie zusammen mit Ihrem Arzt ein Resümee ziehen und Ihren Therapieerfolg bewerten.

Das Therapiebuch im Detail

EINDOSIERUNGSPHASE

ERHALTUNGSPHASE

Beachten Sie die zwei Phasen Ihrer Therapie.
Die Abbildungen zeigen die Eindosierungsphase.

Woche 2
von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosierung für die kommende Woche

	Morgens	Uhrzeit	Mittags	Uhrzeit
<input type="checkbox"/> 5 mg			5 mg	
<input type="checkbox"/> 10 mg			5 mg	
<input type="checkbox"/> 15 mg			5 mg	
<input type="checkbox"/> 15 mg			10 mg	
<input type="checkbox"/> 20 mg			10 mg	
<input type="checkbox"/> 20 mg			15 mg	
<input type="checkbox"/> 20 mg			20 mg	
<input type="checkbox"/> 25 mg			20 mg	
<input type="checkbox"/> 30 mg			20 mg	

Liebe Patientin, lieber Patient, diese Tabelle ist von Ihrem Arzt auszufüllen. Gegebenenfalls fixiert er zusätzlich die Uhrzeit – bitte halten Sie sich in jedem Fall an seine Anweisungen.

Welche Ereignisse haben Sie in Woche 2 der Eindosierungsphase negativ beeinflusst? Welche positiv?

 _____

 _____

Wie beurteilen Sie Woche 2 der Eindosierungsphase? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ← → sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Sowohl in der Eindosierungs- als auch in der Erhaltungsphase sollten Sie das Therapiebuch Woche für Woche zusammen mit Ihrem Arzt gewissenhaft führen. Dabei übernimmt Ihr Arzt das Ausfüllen des linken Blocks der Medikamentendosierung und Sie die Blöcke, in denen Sie Ereignisse und Ihre Verfassung beschreiben.

7-Wochen-Verlauf

Bitte füllen Sie die Tabelle Woche für Woche gemeinsam mit Ihrem Arzt aus.

Zusammenfassung der letzten 7 Wochen (Eindosierungsphase)
Bitte füllen Sie diese Doppelseite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus.

Welche Fortschritte haben Sie schon bei Ihrer Therapie gemacht?

Was sollte zukünftig noch besser werden?

In welchem Bereich erleben Sie die größte Veränderung unter der Medikation?

 **Ihr nächster Arzt-Termin:** _____

7-Wochen-Verlauf (Eindosierungsphase)
Bitte füllen Sie diese Doppelseite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus und vergleichen Sie die Werte mit dem Status zu Beginn der Therapie.

Wo	Datum	Dosierung	Tagesdosis	Gewicht	Blutdruck	Wochen-summe	Sonstiges
	03.07.2023	2x 1g/L	10 - 5 - 0 mg	74 kg	120/70	87	Hier steht eine Besonderheit
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

In beiden Therapiephasen ist es notwendig, den Ist-Zustand der Medikamentendosierung, der Tagesdosis, Ihres Gewichts und Ihres Blutdrucks festzuhalten. Achten Sie darauf, dass Sie beim Hin- und Herspringen in Ihrem Therapiebuch das richtige Wochenblatt ausfüllen. Nehmen Sie sich die Zeit, zusammen mit Ihrem Arzt die Werte korrekt zu übertragen und zu erfassen, um am Ende der siebenwöchigen Phasen ein fundiertes Resümee ziehen zu können.

Ist-Zustand vor der Medikation

von bis

Wie erging es Ihnen in der Woche vor der Eindosierungsphase?

.....

.....

.....

Welche Ereignisse haben Sie in dieser Woche positiv beeinflusst?**Was war in dieser Woche negativ?**

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

Wie beurteilen Sie Ihren Ist-Zustand vor der Eindosierungsphase? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 1

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosierung
für die kommende Woche

	Morgens	Uhrzeit	Mittags	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>	5 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	10 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		15 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	25 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	30 mg		20 mg	

Liebe Patientin, lieber Patient,
diese Tabelle ist von Ihrem Arzt auszufüllen.
Gegebenenfalls fixiert er zusätzlich die Uhrzeit
– bitte halten Sie sich in jedem Fall an seine
Anweisungen.

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 1 der Eindosierungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?

Wie beurteilen Sie Woche 1 der Eindosierungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/>										
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>										
Impulsivität	<input type="checkbox"/>										
Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/>										
Unorganisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>										
Reizbarkeit/Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>										
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>										
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>										
Übelkeit	<input type="checkbox"/>										
Schwindel	<input type="checkbox"/>										
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>										
Individueller Aspekt	<input type="checkbox"/>										

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 2

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosierung
für die kommende Woche

	Morgens	Uhrzeit	Mittags	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>	5 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	10 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		15 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	25 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	30 mg		20 mg	

Liebe Patientin, lieber Patient,
diese Tabelle ist von Ihrem Arzt auszufüllen.
Gegebenenfalls fixiert er zusätzlich die Uhrzeit
– bitte halten Sie sich in jedem Fall an seine
Anweisungen.

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 2 der Eindosierungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?

Wie beurteilen Sie Woche 2 der Eindosierungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/>										
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>										
Impulsivität	<input type="checkbox"/>										
Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/>										
Unorganisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>										
Reizbarkeit/Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>										
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>										
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>										
Übelkeit	<input type="checkbox"/>										
Schwindel	<input type="checkbox"/>										
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>										
Individueller Aspekt	<input type="checkbox"/>										

nicht vorhanden ← → sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 4

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosierung
für die kommende Woche

	Morgens	Uhrzeit	Mittags	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>	5 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	10 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		15 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	25 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	30 mg		20 mg	

Liebe Patientin, lieber Patient,
diese Tabelle ist von Ihrem Arzt auszufüllen.
Gegebenenfalls fixiert er zusätzlich die Uhrzeit
– bitte halten Sie sich in jedem Fall an seine
Anweisungen.

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 4 der Eindosierungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?

Wie beurteilen Sie Woche 4 der Eindosierungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/>													
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>													
Impulsivität	<input type="checkbox"/>													
Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/>													
Unorganisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>													
Reizbarkeit/Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>													
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>													
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>													
Übelkeit	<input type="checkbox"/>													
Schwindel	<input type="checkbox"/>													
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>													
Individueller Aspekt	<input type="checkbox"/>													

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 6

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosierung
für die kommende Woche

	Morgens	Uhrzeit	Mittags	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>	5 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	10 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		15 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	25 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	30 mg		20 mg	

Liebe Patientin, lieber Patient,
diese Tabelle ist von Ihrem Arzt auszufüllen.
Gegebenenfalls fixiert er zusätzlich die Uhrzeit
– bitte halten Sie sich in jedem Fall an seine
Anweisungen.

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 6 der Eindosierungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?

Wie beurteilen Sie Woche 6 der Eindosierungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/>										
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>										
Impulsivität	<input type="checkbox"/>										
Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/>										
Unorganisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>										
Reizbarkeit/Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>										
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>										
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>										
Übelkeit	<input type="checkbox"/>										
Schwindel	<input type="checkbox"/>										
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>										
Individueller Aspekt	<input type="checkbox"/>										

nicht vorhanden ← → sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 7

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosierung
für die kommende Woche

	Morgens	Uhrzeit	Mittags	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>	5 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	10 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		5 mg	
<input type="checkbox"/>	15 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		10 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		15 mg	
<input type="checkbox"/>	20 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	25 mg		20 mg	
<input type="checkbox"/>	30 mg		20 mg	

Liebe Patientin, lieber Patient,
diese Tabelle ist von Ihrem Arzt auszufüllen.
Gegebenenfalls fixiert er zusätzlich die Uhrzeit
– bitte halten Sie sich in jedem Fall an seine
Anweisungen.

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 7 der Eindosierungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?

Wie beurteilen Sie Woche 7 der Eindosierungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/>										
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>										
Impulsivität	<input type="checkbox"/>										
Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/>										
Unorganisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>										
Reizbarkeit/Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>										
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>										
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>										
Übelkeit	<input type="checkbox"/>										
Schwindel	<input type="checkbox"/>										
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>										
Individueller Aspekt	<input type="checkbox"/>										

nicht vorhanden ← → sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Zusammenfassung der letzten 7 Wochen (Eindosierungsphase)

Bitte füllen Sie diese Doppelseite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus.

Welche Fortschritte haben Sie schon bei Ihrer Therapie gemacht?

.....

Was sollte zukünftig noch besser werden?

.....

In welchem Bereich erleben Sie die größte Veränderung unter der Medikation?

.....



Ihr nächster Arzt-Termin:

.....

7-Wochen-Verlauf (Eindosierungsphase)

Bitte füllen Sie diese Doppelseite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus und vergleichen Sie die Werte mit dem Status zu Beginn der Therapie.

Wo	Datum	Dosierung	Tagesdosis	Gewicht	Blutdruck	Wochen- summe	Sonstiges
	03.07.2023	2x tgl.	10 - 5 - 0 mg	74 kg	120/70	87	Hier steht eine Besonderheit
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

7- Wochen- Verlauf

EINDOSIERUNGSPHASE

ERHALTUNGSPHASE

Woche 1

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient,
halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit
an die folgende Einnahmenvorgabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg

mg

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 1 der Erhaltungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 1 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 2

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient,
halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit
an die folgende Einnahmevergabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg | | mg

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 2 der Erhaltungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 2 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 3

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient, halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit an die folgende Einnahmevergabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg | | mg

Welche Ereignisse haben Sie in Woche 3 der Erhaltungsphase negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 3 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 4

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient, halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit an die folgende Einnahmevergabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg | | mg |

Welche Ereignisse haben Sie in Woche 4 der Erhaltungsphase negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 4 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 5

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient, halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit an die folgende Einnahmevergabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg |

mg |

Welche Ereignisse haben Sie in Woche 5 der Erhaltungsphase negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 5 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 6

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient,
halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit
an die folgende Einnahmevergabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg | | mg

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 6 der Erhaltungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 6 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Woche 7

von _____ bis _____

Ihre Medikamentendosis

Liebe Patientin, lieber Patient,
halten Sie sich bitte auf unbestimmte Zeit
an die folgende Einnahmevergabe:

Morgens Uhrzeit Mittags Uhrzeit

mg |

mg |

Welche Ereignisse haben Sie
in Woche 7 der Erhaltungsphase
negativ beeinflusst? Welche positiv?





Wie beurteilen Sie Woche 7 der Erhaltungsphase?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufmerksamkeitsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impulsivität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmungswechsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unorganisiertes Verhalten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reizbarkeit/Wutausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individueller Aspekt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nicht vorhanden ←————→ sehr stark vorhanden

Wochensumme (Zählen Sie alle angekreuzten Ziffern auf dieser Seite zusammen.)

Zusammenfassung der letzten 7 Wochen (Eindosierungsphase)

Bitte füllen Sie diese Doppelseite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus.

Welche Fortschritte haben Sie schon bei Ihrer Therapie gemacht?

.....

Was sollte zukünftig noch besser werden?

.....

In welchem Bereich erleben Sie die größte Veränderung unter der Medikation?

.....



Ihr nächster Arzt-Termin:

.....

7-Wochen-Verlauf (Erhaltungsphase)

Bitte füllen Sie diese Doppelseite gemeinsam mit Ihrem Arzt aus und vergleichen Sie die Werte mit der Eindosierungsphase.

Wo	Datum	Gewicht	Blutdruck	Wochen- summe	Sonstiges
	<i>06.11.2023</i>	<i>74 kg</i>	<i>120/70</i>	<i>87</i>	<i>Hier steht eine Besonderheit</i>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

7- Wochen- Verlauf

ERHALTUNGSPHASE

Glossar

Hier erklären wir einige Begriffe, die häufig im Zusammenhang mit ADHS konkret bzw. in der Medizin allgemein verwendet werden.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS):

Psychische Störung mit Anzeichen wie Aufmerksamkeitsproblemen, Impulsivität und Hyperaktivität. ADHS gilt als Erkrankung von Kindern und Jugendlichen, aber 50–80 % der Betroffenen zeigen auch noch im Erwachsenenalter Symptome.

Dosierung:

Die Dosis oder auch Dosierung bezeichnet die Menge eines Arzneimittels, die einem Organismus zugeführt wird.

Hyperaktivität:

Überaktivität, zum Beispiel im Sinne von Bewegungsunruhe oder ständigem Bewegungsdrang.

Hypoaktivität:

Fehlende Aktivität, zum Beispiel im Sinne von Tagträumerei und mangelnder Teilnahme am Geschehen.

Impulskontrolle:

Fähigkeit, spontanes Handeln bzw. Reagieren zu vermeiden.

Psychoedukation:

Schulung von Patienten, die an einer psychischen Störung leiden.

Psychotherapie:

Steht als Oberbegriff für alle Formen psychologischer Verfahren, die auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen abzielen.

Symptom:

Hinweis auf eine Störung bzw. eine Erkrankung.

Syndrom:

Gleichzeitiges Auftreten mehrerer Symptome.

Arztstempel

Ein Service von



Art.-Nr.: 8.3503.101.067