

# ASRS v1.1

Navn \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

1. **Besvar venligst alle spørgsmål ved at sætte kryds i det felt, der bedst beskriver, hvordan du har følt og opført dig i de seneste seks måneder.**
2. **Sæt kun ét kryds ved hvert spørgsmål.**
3. **Giv spørgsmålene til din behandler, så I sammen kan drøfte den ved dagens konsultation.**

	<b>Afsnit A</b>	<b>Aldrig</b>	<b>Sjældent</b>	<b>Nogle gange</b>	<b>Ofte</b>	<b>Meget ofte</b>
<b>A1</b>	Hvor ofte har du svært ved at afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er overstået?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A2</b>	Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A3</b>	Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andet, du burde huske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A4</b>	Hvor ofte undgår eller udsætter du en opgave, som kræver mange overvejelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A5</b>	Hvor ofte sidder du uroligt med hænder eller fødder, når du skal sidde ned i længere tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A6</b>	Hvor ofte føler du dig overaktiv og nødt til at gøre ting, som var du drevet af en indre motor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>I alt afsnit A (udfyldes af behandler)</b>					

	<b>Afsnit B</b>	<b>Aldrig</b>	<b>Sjældent</b>	<b>Nogle gange</b>	<b>Ofte</b>	<b>Meget ofte</b>
<b>B1</b>	Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2</b>	Hvor ofte har du svært ved at fastholde opmærksomheden, når du udfører kedeligt eller ensformigt arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B3</b>	Hvor ofte har du svært ved at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig, selv når de taler direkte til dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B4</b>	Hvor ofte bliver ting væk for dig, hjemme eller på arbejdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B5</b>	Hvor ofte bliver du distraheret af aktivitet eller støj omkring dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B6</b>	Hvor ofte forlader du din plads ved møder eller i andre situationer, hvor det forventes, at du bliver siddende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B7</b>	Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B8</b>	Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af, når du har tid til dig selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B9</b>	Hvor ofte har du fornemmelsen af, at du taler for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B10</b>	Når du taler med andre, hvor ofte kommer du så til at afslutte deres sætninger før de selv gør det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B11</b>	Hvor ofte har du svært ved at vente til at det bliver din tur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B12</b>	Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>I alt afsnit B (udfyldes af behandler)</b>					