

Vuxen-ADHD Screening-formulär

Namn: Personnummer: Datum:

Besvara frågorna nedan genom att skatta dig själv med hjälp av skalan till höger. För varje fråga, sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver hur du har känt och betett dig de senaste 6 månaderna.

	FRÅGA	Aldrig (0)	Sällan (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Mycket ofta (4)
1	Hur ofta har Du svårigheter med att avsluta de sista detaljerna i en uppgift/ett projekt, när de mer krävande momenten har avklarats?					
2	Hur ofta har Du svårigheter med att få ordning på saker och ting när Du ska utföra en uppgift som kräver organisation?					
3	Hur ofta har Du problem att komma ihåg avtalade möten t ex läkarbesök, eller åtaganden?					
4	Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?					
5	Hur ofta händer det att Du sitter och plockar med något eller skruvar på Dig och rör händer eller fötter när Du är tvungen att sitta en längre stund?					
6	Hur ofta känner Du Dig överaktiv och tvungen att hålla igång som om Du gick på högvarv?					

SUMMA: _____