



Liebe/r Antragssteller/in auf Autismus-Therapie,
der folgende Fragebogen dient der Erhebung einiger organisatorischer Daten sowie der Einschätzung Ihrer Bedarfe bzgl. der Therapie einer Autismus-Spektrum-Störung und evtl. Begleiterkrankungen. So dienen die Fragen bzgl. Ihrer beruflichen Situation an dieser Stelle z.B. vorrangig der Einschätzung, über welche rechtliche Grundlage die Autismus-Therapie zu beantragen ist. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, den **Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen**, auch wenn es einige Zeit in Anspruch nehmen wird.

Denken Sie daran, möglichst **alle wichtigen Berichte in Kopie dem Fragebogen anzuheften** (ärztliche, psychologische; Vorrang haben Berichte mit Diagnosen, aktuelle Berichte).

Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage besonders schwerfällt, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutrifft und schreiben gerne einen erklärenden Kommentar dazu. Wenn eine Frage gar nicht zutrifft, dann streichen Sie bitte das betreffende Feld.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team des Hamburger Autismus Instituts

Fragebogen

Nachname: Vorname:

geb.: Geschlecht: weiblich männlich divers

vollständige Anschrift:.....

Tel.:..... Mobil:.....Email:.....

Schulabschluss:..... Beruf:.....

in Ausbildung seit berufstätig als

arbeitslos seit..... (früh-)berentet seit

allein lebend verheiratet seit..... / getrennt seit / geschieden seit

Kinder, wenn ja Anzahl Alter:/...../...../...../.....

allein erziehend: ja nein sorgeberechtigt: ja nein

Name und Anschrift der **Krankenkasse (unbedingt ausfüllen, wenn sie unter 22 Jahre alt sind)**:

.....
.....

Versicherungs-Nr.:.....

Falls Sie Beihilfe-versichert sind – Ansprechpartner und Tel.:

.....

Falls ein elterlicher Ansprechpartner gewünscht wird:

Mutter **Vater**

Nachname:..... Vorname: geb.:.....

vollständige Anschrift:.....

Tel.:..... Mobil:.....Email:.....

Falls ein Gespräch nur mit einem **Dolmetscher** möglich ist, bitten wir Sie, diese Person ggf. mitzubringen.

Falls Sie in einer **betreuten Wohnform** leben:

Wohnformname: Anschrift:

.....Tel.: Ansprechpartner:

Email-Adresse der Wohnbetreuung:

Gibt es bereits eine **Autismus/Asperger-Diagnose**? ja nein

Wenn ja, wie lautet sie?

Wo gestellt?.....

..... Wann?.....

Wurde Autismus/Asperger-Syndrom bereits ausgeschlossen? ja nein

Wenn ja, wo und wann

Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie beifügen.

Erste Problembeschreibung

1. Meine hauptsächlichen Probleme sind:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="radio"/> Partnerprobleme |
| <input type="radio"/> Kontrolle meiner Impulse | <input type="radio"/> berufliche Schwierigkeiten |
| <input type="radio"/> Unruhezustände | <input type="radio"/> Erziehungsprobleme |
| <input type="radio"/> übermäßige Ängstlichkeit | <input type="radio"/> mich „anders als anderen zu fühlen“ |
| <input type="radio"/> Einsamkeit | <input type="radio"/> Suchtprobleme (auch PC-Abhängigkeit) |
| <input type="radio"/> keine Lebensfreude | <input type="radio"/> Depressionen |
| <input type="radio"/> soziale Schwierigkeiten | <input type="radio"/> Anderes, nämlich |

.....

2. Name, Anschriften und Telefonnummern der überwiegend behandelnden Ärzte:

Hausarzt:

.....

Psychiater/Neurologe:

.....

3. Gibt es Befunde oder Diagnosen aus ambulanten/stationären Untersuchungen?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Depression |
| <input type="radio"/> AD(H)S (hyperkinetische Störung) | <input type="radio"/> Angststörung |
| <input type="radio"/> Mutismus | <input type="radio"/> Hochbegabung |

Sonstige:

(Bitte Berichte beilegen!)

4. Falls Medikamente wg. psychischer Störungen verabreicht werden, welche waren es in der Vergangenheit bis heute?

Zeitraum	aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

5. Wurden Sie schon einmal allgemein psychologisch getestet? ja nein

wenn ja, wo

Befund Datum

Gibt es Ergebnisse von Leistungs-/Intelligenztestungen? ja nein

Wenn ja, welche Ergebnisse? Datum:

(Bitte Testberichte beifügen)

6. Welche Maßnahmen erfolgten daraufhin?

.....

7. Welche Ratschläge wurden Ihnen erteilt?

.....

8. Falls Sie Fachbücher oder andere Literatur über Autismus gelesen haben, um welche handelt es sich?

-
-
-

9. Mit was sind Sie zufrieden in Ihrem Leben?.....
.....
.....

10. Was sind Ihre größten Sorgen?
.....
.....

11. Was wünschen Sie sich von einer Therapie bei uns?
.....
.....

12. Wodurch erfuhren Sie von uns?
 Psychiater/Neurologe Sozial-Psychiatrischer Dienst
 Internet Sonstige

13. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?
 Ich selbst
 sonstige Person

Sie haben die Möglichkeit, in den E-Mail-Elternverteiler des Hamburger Autismus Instituts aufgenommen zu werden, um so über Neues in Bezug auf Autismus im Allgemeinen (z.B. Fernsehsendungen, Zeitungsartikel) und Informations- und Fortbildungsangebote des Instituts im Besonderen informiert zu werden.

ja, ich erhalte gerne Informationen über folgende E-Mail-Adresse:
.....

nein, ich wünsche keine zusätzlichen Informationen

Das Hamburger Autismus Institut verpflichtet sich, die Adressen nicht an andere weiterzugeben.

Datum Name.....

Unterschrift

Folgende **Anlagen** habe ich mitgeschickt (bitte ankreuzen):

- Diagnosen/Berichte
- Befürwortung Amtsarzt

Liebe/r Antragssteller/in,
wir versuchen auch das Umfeld für die Besonderheiten von Menschen mit Autismus zu sensibilisieren. So möchten wir gerne ärztlichen Praxen und Kliniken, Ausbildungsstätten und weiteren Therapeuten (z.B. Ergo/Physio) Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten anbieten.

Es wäre schön, wenn Sie uns mit Adressen (vor allem E-Mail-Adressen) weiterhelfen könnten.

Das Team des Hamburger Autismus Instituts bedankt sich im Voraus für Ihre Mithilfe.

**Psychiatrische/
Neurologische Praxen** Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail

Klinikabteilungen Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail

Ergotherapeuten Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail

Physiotherapeuten Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail

Logopäden Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail

Berufsbildungswerke Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail