

Liebe Eltern, liebe Betreuer/innen,

der folgende Fragebogen dient der Einschätzung für das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung. 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 anzufügen** (ärztliche, psychologische, Kindergarten etc., falls es sehr viele sind: Vorrang haben Berichte mit Diagnosen, aktuelle Berichte).

Der Fragebogen wendet sich vorwiegend an Eltern, es sind aber alle Sorgeberechtigten gemeint. Mit dem Begriff „Kind“ ist in den folgenden Fragen jeweils die Person gemeint, die in unserem Institut untersucht bzw. behandelt werden soll. Nicht alle Fragen werden auf das Alter und die Problematik Ihres Kindes zutreffen. Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage besonders schwer fällt, dann machen Sie an diese Stelle bitte ein Fragezeichen. Wenn eine Frage nicht auf Ihr Kind zutrifft, dann streichen Sie bitte das betreffende Feld.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team des Hamburger Autismus Instituts

Fragebogen

Platz für ein Foto
Ihres Kindes

Kind bzw. Jugendliche(r)

Nachname: Vorname:

geb.: Geschlecht: weiblich männlich divers

Anschrift: wie Vater wie Mutter

Name und Anschrift der **Krankenkasse (unbedingt ausfüllen)**:

.....
.....

Versicherungs-Nr. des/der Patienten/Patientin:.....

(des versicherten Elternteils)

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

.....

Mutter

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

vollständige Anschrift:.....

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

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

berufstätig: ja nein allein erziehend: ja nein sorgeberechtigt: ja nein

Vater

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

Anschrift: wie Mutter Eigene Anschrift:

.....Tel.:.....

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

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

berufstätig: ja nein allein erziehend: ja nein sorgeberechtigt: ja nein

Eltern verheiratet seit..... / getrennt seit / geschieden seit

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

Geschwister:

Name/Vorname	Geburtsdatum	KiTA-Form/Schulform bzw. Beruf	Besonderheiten in der Entwicklung

Falls Ihr Kind in einer **Wohngruppe** lebt:

Wohngruppenname: Anschrift:

.....Tel.: Ansprechpartner:

Email:

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. Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="radio"/> Störungen des Essverhaltens |
| <input type="radio"/> Aggressivität | <input type="radio"/> Selbstverletzendes Verhalten |
| <input type="radio"/> starke motorische Unruhe | <input type="radio"/> ausgeprägte Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> übermäßige Ängstlichkeit | <input type="radio"/> soziale Schwierigkeiten |
| <input type="radio"/> starke(r) Trotz, Wut, Unwillen | <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="radio"/> Teilnahmslosigkeit | <input type="radio"/> Traurigkeit |

Der Lebensrahmen Ihres Kindes

2. Welche Personen sind an der Erziehung ihres Kindes maßgeblich beteiligt?

3. Gibt es andere Personen, die an der Erziehung wesentlichen Anteil haben? nein:
 wenn ja: Großeltern Verwandte Nachbarn
 Sonstige, nämlich.....

4. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? ja nein
 Wenn nein, weil

5. Falls Ihr Kind in einer betreuten Wohngruppe bzw. in einem Heim lebte oder lebt, von wann bis wann, in welcher/welchen Einrichtung/en:

Zeitraum	Name der Einrichtung

6. Besucht Ihr Kind/: Kindergarten seit: bis:
 der/die Untersuchte Schule seit: bis:
 Ausbildungsplatz seit: bis:
 Arbeitsplatz seit: bis:
 Werkstatt seit: bis:
 Tagesfördereinrichtung seit: bis:
 Sonstiges: seit: bis:

7. Name, Anschrift und Tel.-Nr., Email-Adresse der derzeit besuchten Einrichtung:

.....
 Ansprechpartner:.....

8. Welche zusätzliche Förderung (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Frühförderung, und/oder autismusspezifisch, o.ä.) erhält, bzw. erhielt Ihr Kind?

Zeitraum	Art der Förderung

9. Welche Ratschläge wurden den Eltern ggf. erteilt?

.....

.....

Vorgeschichte Ihres Kindes:

10. Welche (Kinder) Krankheiten oder Unfälle/Stürze hatte Ihr Kind - in welchem Alter?

Alter	(Kinder-)Krankheiten/Unfälle etc.	Krankenhaus ja/nein	Mutter oder Vater anwesend?

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

Kinderarzt:

Hausarzt:

(Kinder- u. Jugend-)

Psychiater/Neurologe:

12. In welchem Alter ist Ihnen zum ersten Mal etwas Außergewöhnliches an Ihrem Kind aufgefallen?.....

Die ersten Auffälligkeiten waren:

13. Gab es Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1 – U9)?

14. Gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr Auffälligkeiten beim Kopfumfang (gelbes U-Heft)? ja nein
 Wenn ja, mit 12 Monaten cm mit 24 Monatencm

15. Wurde bei Ihrem Kind eine Elektroenzephalographie (EEG) oder eine Tomographie (CT/MRT etc.) durchgeführt? ja nein Wenn ja, wann:
 WO:.....
 Befund:

16. Gibt es Befunde oder Diagnosen aus ambulanten/stationären Untersuchungen?
 Epilepsie Entwicklungsverzögerung
 AD(H)S (hyperkinetische Störung) Depression
 Mutismus Hochbegabung
 Genetische Untersuchungen
 Sonstige:
 Folgende Befunde:.....

17. Falls Medikamente verabreicht werden, welche wurden früher verabreicht?

Zeitraum	aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

18. Welche Medikamente werden gegenwärtig verabreicht?

aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

19. Wurde Ihr Kind schon einmal allgemein psychologisch getestet? ja nein
wenn ja, wo
Befund Datum
Gibt es Ergebnisse von Leistungs-/Intelligenztestungen? ja nein
Wenn ja, welche IQ-Werte? Datum:

(Bitte Testberichte beifügen)

20. Welche Maßnahmen wurden (ggf.) eingeleitet?

.....
.....

21. Welche Ratschläge wurden den Eltern erteilt?

.....
.....

22. Welche Ursachen für die Auffälligkeiten Ihres Kindes halten Sie für wahrscheinlich?
 körperliche psychische psychosoziale genetische weiß nicht
Sonstige:

Nahrungsaufnahme und Sauberkeit

23. Gibt es Störungen bei der Nahrungsaufnahme (z.B. ungewöhnliche Vorlieben, aß nur breiige Kost etc.)? ja nein
Wenn ja, welche Auffälligkeiten?.....

24. Besteht der Verdacht oder die Gewissheit, dass Ihr Kind nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel körperlich oder psychisch auffällig reagiert(e)?

.....
.....

25. Ist Ihr Kind
 tagsüber sauber
 nachts sauber
evt. Besonderheiten

Schlafverhalten

26. Gibt es Auffälligkeiten im Schlafrhythmus (besondere Schlafgewohnheiten, Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, oberflächlicher Schlaf, ungewöhnlich kurze Schlafdauer)?

.....
.....

27. Schläft Ihr Kind allein? ja nein falls nein, welche Schlafgewohnheiten hat es?

Sprache

28. Welche Sprache/n wird/werden zu Hause gesprochen?

29. Ihr Kind verfügt **heute** über

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> voll ausgeprägte Sprache | <input type="radio"/> spricht in Mehrwortsätzen |
| <input type="radio"/> äußert sich in Einwortsätzen | <input type="radio"/> gibt einzelne Worte und Laute von sich |
| <input type="radio"/> äußert nur einzelne Laute | <input type="radio"/> produziert keine Laute |

30. Benutzt Ihr Kind andere Kommunikationsmittel um sich mitzuteilen (Fotos, Computer)? ja nein wenn ja, welche

31. Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> monotone Sprechweise | <input type="radio"/> alles wiederholen, wie ein Echo |
| <input type="radio"/> besondere Lautstärke | <input type="radio"/> wortwörtliches Verstehen |
| <input type="radio"/> Redeschwall | <input type="radio"/> besonders exakte Aussprache |
| <input type="radio"/> häufiger Wechsel zu einem Lieblingsthema | <input type="radio"/> nicht zuhören können |

sonstige Auffälligkeiten:

Beziehungen zu anderen Menschen

32. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?

- ja wenn ja, welchen Alters:
- ja jedoch nur mit Geschwistern
- ja jedoch nur, wenn Erwachsene mitspielen
- nein

33. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber anderen Kindern (z.B. auf dem Spielplatz)?

- nimmt aktiv an Spielen teil
- sondert sich ab
- spielt neben aber nicht mit anderen Kinder
- spielt nur mit, wenn es bestimmen darf
- sucht nur Kontakt, wenn es etwas haben will

Sonstiges:

34. Hat Ihr Kind Freunde? ja nein

wenn ja, wie oft trifft es sie?

Wenn nein, leidet es darunter, dass es keine Freunde hat? ja nein

35. Hat Ihr Kind Verständnis für soziale Regeln („weiß was sich gehört“) ja nein

36. Nimmt Ihr Kind an Gruppenspielen teil? ja nein

37. Spielt Ihr Kind Rollenspiele, z.B. „Kaufladen“ oder „Mutter, Vater, Kind“

ja nein

wenn ja, welche Rollenspiele z.B.:

Umgang mit Gefühlen

38. Verhält sich Ihr Kind aggressiv gegen

- sich selbst
- andere Personen
- Gegenstände
- es zeigt keine übermäßigen Aggressionen

39. Ist Ihr Kind besonders ängstlich?

- ja, es hat besonders Angst
- nein

Besondere Verhaltensweisen

40. Gibt es Verhaltensweisen, die beim Spielen Ihres Kindes besonders auffallen?

.....
.....
.....

41. Hat Ihr Kind spezielle Interessen, z.B. Musik, Zahlen, technische Sachverhalte, Computer, Kalenderdaten, Fahrtrouten, Fahrpläne, wenn ja welche:

.....
.....

42. Hat Ihr Kind besondere Lieblingsgegenstände, wenn ja welche

Wie reagiert es, wenn diese unauffindbar sind?

keine besonderen Lieblingsgegenstände

43. Gibt es Fähigkeiten Ihres Kindes, die Sie als überdurchschnittlich bezeichnen würden?

Wenn ja, welche

44. Was klappt gut zwischen Ihnen und Ihrem Kind, was macht Ihnen vielleicht besondere Freude?

45. Was bereitet Ihnen besondere Sorgen bei Ihrem Kind?

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

47. Wodurch erfuhren Sie von uns?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> (Jugendpsychiatrischer Dienst
des) Gesundheitsamt(s) | <input type="checkbox"/> Schule |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Sonstige |

48. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

- Mutter
- Vater
- sonstige Person

Datum

Name.....

Unterschrift

Folgende **Anlagen** haben wir mitgeschickt (bitte ankreuzen):

- Foto
- gemaltes Bild
- Diagnosen/Berichte

Liebe Eltern, liebe Betreuer/innen,
Wir versuchen auch das Umfeld für die Besonderheiten unserer autistischen Klienten zu sensibilisieren. So möchten wir gerne Kindergärten, Schulen, weiteren Therapeuten und Kinderärzten 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.

Kindergarten Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail

Schule 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

Kinderärzte Name
 Straße
 PLZ, Ort
 Telefon
 E-Mail