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

Platz für ein Foto
Ihres Kindes

# Fragebogen

**Kind bzw. Jugendliche(r)**

Nachname: …… Vorname: ……

geb.: ……. Geschlecht: O weiblich O männlich O divers

Anschrift: O wie Vater O 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: O ja O nein allein erziehend: O ja O nein sorgeberechtigt: O ja O nein

**Vater**

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

Anschrift: O wie Mutter Eigene Anschrift: ……

……Tel.:…….

Mobil:……. Email:……

Schulabschluss:…….....Beruf:……

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

**Eltern** O verheiratet seit…….. /O getrennt seit ……. O / geschieden seit ……..

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



© Hamburger Autismus Institut

**Geschwister:**

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

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

Wohngruppename: …… Anschrift: ……

…….Tel.: …… Ansprechpartner: ……

Email: ……..

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

Wenn ja, wie lautet sie? ……..

Wo gestellt?.....

…… Wann?.....

Wurde Autismus/Asperger-Syndrom bereits ausgeschlossen? O ja O nein

Wenn ja, wo und wann …….

**Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie beifügen.**

**Erste Problembeschreibung**

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

O Kontaktschwierigkeiten
O Aggressivität
O starke motorische Unruhe
O übermäßige Ängstlichkeit
O starke(r) Trotz, Wut, Unwillen
O Teilnahmslosigkeit
O Störungen des Essverhaltens
O Selbstverletzendes Verhalten
O ausgeprägte Schlafstörungen
O soziale Schwierigkeiten
O Konzentrationsschwäche
O Traurigkeit



© Hamburger Autismus Institut

**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? O nein:

wenn ja: O Großeltern O Verwandte O Nachbarn

O Sonstige, nämlich……

4. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? O ja O 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/: O Kindergarten seit: …….. bis: ……

der/die Untersuchte O Schule seit: …….. bis: ……

O Ausbildungsplatz seit: …….. bis: ……

O Arbeitsplatz seit: …….. bis: ……

O Werkstatt seit: …….. bis: ……

O Tagesfördereinrichtung seit: …….. bis: ……

O Sonstiges: …….. seit: …….. bis: ……

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

……

Ansprechpartner:…….

…….



© Hamburger Autismus Institut

8. Welche zusätzliche Förderung (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Frühförderung, insbesondere 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-)Krankeiten/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: ……..



© Hamburger Autismus Institut

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)? O ja O nein

Wenn ja, mit 12 Monaten …….. cm mit 24 Monaten ……cm

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

..... wo:……

Befund: ……..

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

O Epilepsie
O AD(H)S (hyperkinetische Störung)
O Mutismus
O Genetische Untersuchungen
O Entwicklungsverzögerung
O Depression
O Hochbegabung

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 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |



© Hamburger Autismus Institut

19. Wurde Ihr Kind schon einmal allgemein psychologisch getestet? O ja O nein

wenn ja, wo ……

Befund …… Datum ……

Gibt es Ergebnisse von Leistungs-/Intelligenztestungen? ja O nein O

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?
O körperliche O psychische O psychosoziale O genetische O weiß nicht

Sonstige: ……..

**Nahrungsaufnahme und Sauberkeit**

23. Gibt es Störungen bei der Nahrungsaufnahme (z.B. ungewöhnliche Vorlieben, aß nur breiige Kost etc.)? O ja O 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
O tagsüber sauber
O nachts sauber
evt. Besonderheiten ……..



© Hamburger Autismus Institut

**Schlafverhalten**

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

……

……

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

**Sprache**

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

29. Ihr Kind verfügt **heute** über

O voll ausgeprägte Sprache
O äußert sich in Einwortsätzen
O äußert nur einzelne Laute
O spricht in Mehrwortsätzen
O gibt einzelne Worte und Laute von sich
O produziert keine Laute

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

31. Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

O monotone Sprechweise
O besondere Lautstärke
O Redeschwall
O häufiger Wechsel zu einem Lieblingsthema
O alles wiederholen, wie ein Echo
O wortwörtliches Verstehen
O besonders exakte Aussprache
O nicht zuhören können

sonstige Auffälligkeiten:…….

**Beziehungen zu anderen Menschen**

32. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?

O ja wenn ja, welchen Alters: .....
O ja jedoch nur mit Geschwistern
O ja jedoch nur, wenn Erwachsene mitspielen

O nein ……..



© Hamburger Autismus Institut

33. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber anderen Kindern (z.B. auf dem Spielplatz)?
    - O nimmt aktiv an Spielen teil
    - O sondert sich ab
    - O spielt neben aber nicht mit anderen Kinder
    - O spielt nur mit, wenn es bestimmen darf
    - O sucht nur Kontakt, wenn es etwas haben will

    Sonstiges: ……

34. Hat Ihr Kind Freunde? O ja O nein
    wenn ja, wie oft trifft es sie? ……
    Wenn nein, leidet es darunter, dass es keine Freunde hat? O ja O nein

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

36. Nimmt Ihr Kind an Gruppenspielen teil? O ja O nein

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

    O ja O nein
    wenn ja, welche Rollenspiele z.B.: ……

**Umgang mit Gefühlen**

38. Verhält sich Ihr Kind aggressiv gegen
    - O sich selbst
    - O andere Personen
    - O Gegenstände
    - O es zeigt keine übermäßigen Aggressionen

39. Ist Ihr Kind besonders ängstlich?
    - O ja, es hat besonders Angst ……
    - O 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:

    ……

    ……



© Hamburger Autismus Institut

42. Hat Ihr Kind besondere Lieblingsgegenstände, wenn ja welche …….

……

Wie reagiert es, wenn diese unauffindbar sind? …….

……

O 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?

| | |
|---|---|
| O Kinderarzt | O Kindergarten |
| O (Jugendpsychiatrischer Dienst des) Gesundheitsamt(s) | O Schule |
| O Internet | O Sonstige …… |

48. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

- O Mutter
- O Vater
- O sonstige Person …….

Datum …… Name……

Unterschrift ……



© Hamburger Autismus Institut

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

○ Foto

○ gemaltes Bild

○ Diagnosen/Berichte



© Hamburger Autismus Institut

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 | …….. |



© Hamburger Autismus Institut