

Liebe Eltern, liebe Betreuer/innen,  
der folgende Fragebogen dient der Erfassung von relevanten Informationen für die Autismustherapie bei uns. 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 und aktuelle Berichte).

Der Fragebogen wendet sich an Eltern und Sorgeberechtigte. Mit dem Begriff „Kind“ ist in den folgenden Fragen jeweils die Person gemeint, die in unserem Institut behandelt werden soll. Nicht alle Fragen werden auf das Alter und die Problematik Ihres Kindes zutreffen. Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage besonders schwerfällt, dann machen Sie an dieser 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

➤ **Kind bzw. Jugendliche(r)**

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

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers geb.: .....

Anschrift:  wie Vater  wie Mutter  wie die Sorgeberechtigten

➤ **Krankenkasse vollständiger Name (unbedingt ausfüllen)**

.....  
.....

➤ **Versicherungs-Nr. des Kindes oder des Versicherten (unbedingt ausfüllen)**

.....

Falls Sie über die Beihilfe versichert sind – Ansprechpartner: in und Tel.:

.....

➤ **Mutter/ Vater/ Sorgeberechtigte:r**

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

vollständige Anschrift:.....

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

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

Berufstätig:  ja  nein / Allein erziehend:  ja  nein / Sorgeberechtigt:  ja  nein

➤ **Mutter/ Vater/ Sorgeberechtigte:r**

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

Anschrift:  wie oben  Eigene Anschrift: .....

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

Mobil:..... E-Mail:.....

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

Berufstätig:  ja  nein / Allein erziehend:  ja  nein / Sorgeberechtigt:  ja  nein

Eltern/ Sorgeberechtigte:r  Zusammen lebend seit.....  Getrennt lebend seit.....

**Bitte geben Sie unbedingt mindestens eine Mailadresse an.**

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

Wohngruppenname: ..... Ansprechpartner:in:.....

Anschrift: .....

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

➤ **Geschwister:**

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

➤ Welche Personen sind an der Erziehung ihres Kindes maßgeblich beteiligt?

.....

➤ Gibt es andere Personen, die an der Erziehung wesentlichen Anteil haben?

nein, wenn ja:  Großeltern .....

Verwandte.....

Sonstige.....

➤ Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?  ja  nein

Wenn nein, weil .....

➤ Wie lautet die Autismus-Diagnose?

Verdachtsdiagnose  atypischer Autismus  Asperger-Syndrom  Frühkindlicher Autismus

Autismus-Spektrumstörung  syndromaler Autismus  Andere.....

Wo gestellt?..... Wann?.....

➤ Ist ihr Kind bei einer anderen autismuspezifischen Maßnahme angemeldet oder in Behandlung?

ja  nein  Anbieter: .....

**Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie beifügen oder hochladen**

➤ Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

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

➤ Welche Institution besucht Ihr Kind, Name und Anschrift:

- Kindergarten .....
- Schule .....
- Ausbildungsplatz .....
- Arbeitsplatz .....
- WfbM .....
- Tagesfördereinrichtung .....
- Sonstiges: .....

Tel.-Nr., Email-Adresse der derzeit besuchten Einrichtung:

.....

Ansprechpartner:in:.....

.....

➤ Welche zusätzliche Förderung (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Frühförderung, o.ä.) erhält, bzw. erhielt Ihr Kind?

Zeitraum	Art der Förderung	Bei wem?

- Name, Anschriften und Telefonnummern der überwiegend behandelnden Ärzte:  
 Kinderarzt: .....  
 Hausarzt: .....  
 (Kinder- u. Jugend-) Psychiater/Neurologe: .....

- In welchem Alter ist Ihnen zum ersten Mal etwas Außergewöhnliches an Ihrem Kind aufgefallen?.....  
 Die ersten Auffälligkeiten waren: .....

- Gibt es Befunde oder Diagnosen aus ambulanten/stationären Untersuchungen?  
 Epilepsie                       Entwicklungsverzögerung  
 AD(H)S (hyperkinetische Störung)     Depression  
 Mutismus                       Hochbegabung  
 Angststörung  
 Zwangsstörung  
 Trisomie 21  
 Essstörung  
 Geschlechtsdysphorie, o. ä.  
 Körperbehinderung.....

Sonstige Diagnosen und Befunde, auch genetisch:  
 .....

- Werden gegenwärtig Medikamente verabreicht? Welche?

Name des Medikaments	aufgrund folgender Diagnose:	seit wann?

- Gibt es Ergebnisse von Leistungs-/Intelligenztestungen? nein   
 ja , welche IQ-Werte? ..... Datum: .....

**Bitte Testberichte beifügen oder hochladen**

➤ **Nahrungsaufnahme und Sauberkeit**

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

Wenn ja, welche Auffälligkeiten?.....

Ist Ihr Kind

tagsüber sauber

nachts sauber

evt. Besonderheiten .....

➤ **Schlafverhalten**

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

.....  
.....

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

.....

➤ **Sprache**

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

Ihr Kind verfügt **heute** über

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

Benutzt Ihr Kind andere Kommunikationsmittel um sich mitzuteilen (Fotos, Symbole, Talker, ...)?  nein  ja welche .....

Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

monotone Sprechweise  wie ein Echo  besondere Lautstärke  
 wortwörtliches Verstehen  Redeschwall  besonders exakte Aussprache  
 häufiger Wechsel zu einem Lieblingsthema  nicht zuhören können  
 sonstige Auffälligkeiten:.....

➤ **Beziehungen zu anderen Menschen**

Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?  nein

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

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: .....

Hat Ihr Kind Freunde?  nein  ja, wie oft trifft es sie?

.....

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

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

Nimmt Ihr Kind an Gruppenspielen teil?  ja  nein

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

- nein  ja, welche Rollenspiele z.B.:

.....

➤ **Umgang mit Gefühlen**

Verhält sich Ihr Kind aggressiv gegen

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

Ist Ihr Kind besonders ängstlich?

- ja, es hat besonders Angst .....
- nein

➤ **Besondere Verhaltensweisen**

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

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

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

.....  
.....

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

Wenn ja, welche .....

.....  
.....

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

.....  
.....

Was bereitet Ihnen besondere Sorgen bei Ihrem Kind? .....

.....  
.....

Was wünschen Sie sich von einer Therapie bei uns?

.....  
.....

➤ Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

Mutter  Vater  Sorgeberechtigte:r

sonstige Person .....

Kontaktdaten:..... **(unbedingt ausfüllen)**

Datum ..... Name.....

Unterschrift .....

Folgende **Anlagen** wurden mitgeschickt oder hochgeladen (bitte ankreuzen):

Diagnosen/Berichte

Bitte geben Sie uns bei einer Veränderung Ihrer Kontaktdaten, wie Anschrift, Telefonnummer oder E-Mailadresse eine Information. Sollte eine Kontaktaufnahme durch uns vor dem Beginn der Autismustherapie nicht erfolgreich sein, müssen wir Ihre Daten und Unterlagen vernichten.