



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 anzufügen** (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

Anmeldebogen

Daten

Nachname: Vorname:

vollständige Anschrift:

geb.: Geschlecht: weiblich männlich divers

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

Höchster Abschluss:..... In Ausbildung/Studium seit

Derzeitige Tätigkeit:

Ohne Arbeit seit..... (früh-)berentet seit

allein lebend Lebensgemeinschaft verheiratet getrennt oder geschieden

Kinder ja nein Alter:/...../...../...../.....

alleinerziehend sorgeberechtigt nicht sorgeberechtigt

Gesetzliche Betreuung

Haben sie eine gesetzliche Betreuung? nein ja, dann folgende Angaben

Name:Adresse:

Telefon:E-Mailadresse:

Betreuungsbereiche:

Betreute Wohnform

Wohnen Sie in einer betreuten Wohnform? nein ja, dann folgende Angaben

Einrichtung: Tel.:

Anschrift:

Ansprechpartner*in:

Email-Adresse der Wohnbetreuung:

Krankenkasse, unbedingt ausfüllen, wenn sie unter 22 Jahre alt sind

Name und Anschrift:.....

.....

Versicherungs-Nr.:.....

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

.....

Dolmetschen

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

Ansprechpartner*innen

Möchten Sie elterliche/weitere Ansprechpartner*innen nennen?

Mutter Vater Andere

Nachname: Vorname: geb.:

vollständige Anschrift:

Tel.: Mobil: Email:

Diagnosen

Haben Sie eine Autismus/Asperger-Diagnose? nein ja, dann folgende Angaben

Wie lautet sie?

Wo gestellt?

..... Wann?

Wurde Autismus/Asperger-Syndrom ausgeschlossen? nein ja, dann folgende Angaben

Wo und wann

Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie beifügen.

Gibt es Befunde oder Diagnosen aus ambulanten/stationären Untersuchungen?

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

Sonstige:

(Bitte Berichte beilegen!)

Medizinische Versorgung:

Sind sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung ja nein

Name, Anschriften und Telefonnummern der überwiegend behandelnden Ärzte/Ärztinnen:

Hausarzt/Hausärztin:

.....
.....

Psychiater*in/Neurolog*in:

.....
.....

Psychotherapeut*in:.....

.....

Bekommen oder bekamen Sie Medikamente wg. psychischer Störungen? ja nein

Wenn ja, welche waren es in den letzten drei Jahren?

Zeitraum	aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

Erste Problembeschreibung

1. Meine hauptsächlichsten Probleme sind:

- Kontaktschwierigkeiten Partnerprobleme
- Kontrolle meiner Impulse berufliche Schwierigkeiten
- Unruhezustände Erziehungsprobleme
- übermäßige Ängstlichkeit mich „anders als anderen zu fühlen“
- Einsamkeit Suchtprobleme (auch PC-Abhängigkeit)
- keine Lebensfreude soziale Schwierigkeiten
- Depressionen
- Anderes, nämlich

2. 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)

3. Erfolgten daraufhin Maßnahmen? Welche?

.....
.....

Lebenssituation:

Mit was sind Sie zufrieden in Ihrem Leben?

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

Was sind Ihre größten Sorgen?

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

Was wünschen Sie sich von einer Therapie bei uns?

.....
.....

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

-
-
-

Wodurch erfuhren Sie von uns?

- Psychiater/Neurologe Sozial-Psychiatrischer Dienst
- Internet Sonstige

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

- Ich selbst
- sonstige Person

Können Sie momentan Vormittagstermine für die Therapie wahrnehmen? ja nein

E-Mail-Verteiler des Hamburger Autismus Instituts

Sie haben die Möglichkeit, in den E-Mail-Verteiler 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

Unterschrift

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