



KIND BZW. JUGENDLICHE(R)

Nachname Vorname

Geburtsdatum Geschlecht weiblich männlich divers

Anschrift wie Mutter wie Vater

Name und Anschrift der Krankenkasse

Versicherungs-Nr. der/des Patienten

Versicherungs-Nr. des versicherten Elternteils

Falls Sie beihilfeversichert sind

Ansprechperson Telefon

MUTTER

Nachname Vorname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

Telefon Mobil

E-Mail

Schulabschluss Beruf

berufstätig ja nein alleinerziehend ja nein sorgeberechtigt ja nein

VATER

Nachname Vorname

Geburtsdatum Anschrift wie Mutter

vollständige Anschrift

Telefon Mobil

E-Mail

Schulabschluss Beruf

berufstätig ja nein alleinerziehend ja nein sorgeberechtigt ja nein

Eltern verheiratet seit getrennt seit geschieden seit



GESCHWISTER

Name	Vorname	Geburtsdatum	Kita-/Schul-Form bzw. Beruf	Besonderheiten in der Entwicklung
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Falls Ihr Kind in einer Wohngruppe lebt

Wohngruppenname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Ansprechperson _____

E-Mail _____

Gibt es bereits eine bereits eine Autismus-Diagnose? ja nein

Wenn ja, wie lautet sie?

Wo wurde die Diagnose gestellt?

_____ Wann? _____

Bitte unbedingt Untersuchungsbericht mit Diagnose in Kopie beifügen.

ERSTE PROBLEMBESCHREIBUNG

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kinde folgende Probleme?

- Kontaktschwierigkeiten
- Aggressivität
- starke motorische Unruhe
- übermäßige Ängstlichkeit
- starke(r) Trotz, Wut, Unwillen
- Teilnahmslosigkeit
- Sonstiges
- Störung des Essverhalten
- Selbstverletzendes Verhalten
- ausgeprägte Schlafstörung
- soziale Schwierigkeiten
- Konzentrationsschwäche
- Traurigkeit



BESCHREIBUNG DER ENTWICKLUNG IHRES KINDES

2. Motorik

3. Sprache

4. Wahrnehmung

5. Sozialverhalten

6. Selbstbild

SCHLAFVERHALTEN

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

8. Schläft Ihr Kind allein? ja nein
Falls nein, welche Schlafgewohnheiten hat es?



RESSOURCEN UND SOZIALVERHALTEN

9. Was schätzen Sie an Ihrem Kind und wo sind ihre/seine Begabungen?

10. Wie verhält sich Ihr Kind im Kindergarten/Schule gegenüber anderen Kindern/Erziehern/Lehrern?

11. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber anderen Personen? (Geschwister, Eltern, Großeltern und unbekanntem Personen)

ERWARTUNGSHALTUNG DER ELTERN

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

13. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Kinderarzt | <input type="radio"/> Kindergarten | <input type="radio"/> Gesundheitsamt |
| <input type="radio"/> Schule | <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Sonstiges |

14. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mutter | <input type="radio"/> Vater | <input type="radio"/> sonstige Person |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|