DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH
Geschäftsadresse: Rote-Kreuz-Straße 3-5, 21073 Hamburg
Postadresse: Schellerdamm 2, 21079 Hamburg

Betreff: Beantragung der Autismus Therapie

Guten Tag,

In diesem Schreiben möchten wir ihnen den Ablauf der Beantragung der Autismus Therapie für Kinder und Jugendliche ab 6 Jahren erläutern.

Bitte füllen sie die folgenden Unterlagen aus:

- Formloser Antrag für die Krankenkasse
- Formloser Antrag für den ASD
- Schweigepflichtentbindung
- Einverständniserklärung
- Anamnesebogen

Senden sie uns die Unterlagen bitte per Mail oder per Post zurück. Wir übernehmen die Antragstellung. Wenn sie fragen haben, dann wenden sie sich bitte an Liana Ohde oder Nicole Fuhrmann-Meyer.

Standort in Harburg:
Liana Ohde
Tel: 040 766 092 296
E-Mail: autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg

Standort in der Neustadt:
Nicole Fuhrmann-Meyer
Tel: 040 766 092 292
E-Mail: autismustherapie@drk-inklusivewege.

Mit freundlichen Grüßen

Federike Heymann und Theresa Merz

DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH

DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH

Interdisziplinäre Therapiezentren Bereich Autismus

Therapiezentrum Am Binnenhafen
Schellerdamm 2
21079 Hamburg

Therapiezentrum Am Fleet
Herrengraben 26
20459 Hamburg

Tel. 040 766 092 29- 1 / - 2 / -6
autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg
www.drk-inklusivewege.de

Bearbeiter/in
Theresa Merz

Geschäftsführung
Julia Mohr

Eintragungen
Amtsgericht Hamburg HRB 186780
Steuernummer 17/411/04136

Bankverbindung
Hamburger Sparkasse
IBAN DE25200505501505165751
BIC HASPDEHHXXX

Aufsichtsrat
Karin Bischoff
Harald Halpick

Alleingesellschafter
DRK-Kreisverband
Hamburg-Harburg e.V.
Rote-Kreuz-Straße 3-5
21073 Hamburg
Vorstand:
Harald Halpick (geschäftsführender Vorstand), Lothar Bergmann, Peter Holst, Reinhard Lackner

Im Verbund mit:
DRK-Ambulanzdienst Hamburg gGmbH
DRK gemeinnützige Gesellschaft für Pädagogik Hamburg-Harburg mbH
DRK-Hospiz Hamburg-Harburg gGmbH
DRK-Kreisverband Hamburg-Harburg gGmbH
RK-Service gGmbH
Zentrale für Krankenbeförderung und Notfallservice (ZKN) gGmbH

Adresse des zuständigen ASD bzw. Kinder und Jugendhilfe
des Bezirkes der Familie

Adresse des Kindes

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantrage/n für mein/unser Kind/mich

_____

geb.: _____ spezialisierte Autismustherapie.

Ich/Wir beantrage/n parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der Krankenkasse und erbitten Ihrerseits ebenso eine Kostenbeteiligung/Kostenübernahme an der Autismusspezifischen Förderung. Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) übernommen.

Ich/Wir möchte/n die Autismus Therapie beim DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH in Anspruch nehmen. Diese haben eine Leistungsvereinbarung auf Basis derer der Rahmen der Zusammenarbeit geklärt ist, welche seit dem 1.7.2024 gilt.
Für Fragen der Vereinbarungen der Leistung betreffend, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsführung auf unter autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg.

Ich/Wir freue/n mich/uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes/meine Inklusion in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

Ort, Datum Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Adresse Krankenkasse

Versicherten-Nr. (Kind)

_____

Adresse des Kindes

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantrage/n für mein/unser Kind/mich

_____

geb.: _____spezialisierte Autismustherapie.

Ich/Wir beantrage/n parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der Krankenkasse und erbitte/n deshalb Ihrerseits eine Kostenbeteiligung an der Autismus-spezifischen Förderung. Aus diesem Grund stelleIn ich/wir den Antrag für ambulante Autismus Therapie.

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) übernommen. Möglich wäre aber bei feststehender Diagnose die Beteiligung durch die Krankenkasse.

Ich/Wir möchte/n die Autismus Therapie beim DRK Hamburg-Harburg InklusiveWege gGmbH in Anspruch nehmen.

Für Fragen der Vereinbarungen der Leistungen betreffend, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle auf unter autismustherapie@drk-inklusivewege.hamburg.

Ich/Wir freue/n mich/uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes/ meine Inklusion in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

Sehr geehrte Patient*innen, sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten, sowie der Daten Ihres Kindes hat für die DRK InklusiveWege gGmbH höchste Priorität.

Gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen unserer Verwaltungs- und Organisationsprozesse.

1. Verantwortlicher im Sinne der DSGVO

Verantwortlicher für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist:

DRK Inklusivewege ggmbH

Schellerdamm 2

21079 Hamburg

Telefon: 040 766 092290

E-Mail: info@drk-inklusivewege.hamburg

Vertreten durch: Geschäftsführung Julia Mohr

Wir nutzen die Software „Sodisys“ als Cloud-Anwendung für digitales Klientenaktenmanagement, Dokumentationsmangement, für die Bündelung der Termine und Ressourcen und für die Abrechnung und das Rechnungswesen.

Anbieter der Software ist:

Sodisys GmbH

Birkenstraße 30

10551 Berlin

Handelsregister Amtsgericht Charlottenburg

HRB 214059B

Geschäftsführung Joel Dunand

Ust ID Nr DE327817405

Informationen zu Sodisys

Der Anbieter verarbeitet personenbezogene Daten ausschließlich im Auftrag und auf Weisung der DRK InklusiveWege ggmbH gemäß Art. 28 DSGVO (Auftragsverarbeitung).

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt zur:

- Verwaltung von Klienten- und Elterndaten
- Organisation des Einrichtungsbetriebs
- Kommunikation zwischen Kitas/ Schule/Einrichtung und Eltern
- Dokumentation therapeutischer Entwicklungen
- Termin- und Veranstaltungsverwaltung
- Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten

3. Kategorien verarbeiteter personenbezogener Daten

Daten der Klienten, die gespeichert werden

- Vor- und Nachname
- Geburtsdatum
- Schule/Kita/ andere Einrichtungen
- Leistungsdaten und Bewertungen
- Fehlzeiten
- Kommunikationsinhalte innerhalb der Plattform
- ggf. hinterlegte Dokumente

Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten:

- Vor- und Nachname
- Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- Zugangsdaten zur Plattform
- Kommunikationsinhalte

Es werden keine darüberhinausgehenden Daten verarbeitet, soweit dies nicht ausdrücklich vorgesehen oder gesetzlich erforderlich ist.

4. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

a. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Erfüllung des Schul- bzw. Betreuungsverhältnisses)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen)
- Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO (Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse, sofern anwendbar)
- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung, soweit erforderlich)

Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) verarbeitet werden, erfolgt dies gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO auf gesetzlicher Grundlage oder mit ausdrücklicher Einwilligung.

B. Finanzbuchhaltung

Zur Weiterverwaltung und Abrechnung und zur Erfüllung handels- und steuerrechtlicher Pflichten setzen wir folgende Software ein:

Diamant Software

Anbieter: Diamant Software GmbH

Stadtheider Straße 85

33609 Bielefeld

Deutschland

5. Zweck der Verarbeitung

- Verwaltung von Vertrags- und Beitragsdaten
- Durchführung des Zahlungsverkehrs

- Ordnungsgemäße Buchführung
- Erfüllung steuer- und handelsrechtlicher Pflichten

Hosting und Datenverarbeitung in der Cloud Sodisys

Die Software Sodisys wird als Cloud-Anwendung betrieben. Die Daten werden auf Servern innerhalb der Europäischen Union gespeichert.

Mit dem Anbieter besteht ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO, der die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen sicherstellt.

Eine Übermittlung personenbezogener Daten in Drittstaaten außerhalb der EU/des EWR erfolgt nicht, sofern dies nicht ausdrücklich angegeben wird und geeignete Garantien gemäß Art. 44 ff. DSGVO bestehen.

6. Empfänger personenbezogener Daten

Zugriff auf personenbezogene Daten erhalten ausschließlich:

- Berechtigte Mitarbeitende der DRK Inklusivewege ggmbH und die Schnittstelle der Finanzbuchhaltung & Controlling der Mutter DRK Kreisverband Hamburg Harburg e.V.
- Der Softwareanbieter im Rahmen der Auftragsverarbeitung
- Ggf. zuständige Behörden, soweit eine gesetzliche Verpflichtung besteht

Eine darüberhinausgehende Weitergabe erfolgt nicht.

7. Speicherdauer

Personenbezogene Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der jeweiligen Zwecke erforderlich ist oder gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen. Nach Wegfall des Zwecks bzw. Ablauf gesetzlicher Fristen werden die Daten gelöscht oder anonymisiert.

8. Technische und organisatorische Maßnahmen

Sodisys setzt geeignete technische und organisatorische Maßnahmen gemäß Art. 32 DSGVO ein, um personenbezogene Daten gegen Verlust, Manipulation und unbefugten Zugriff zu schützen. Dazu gehören insbesondere:

- Verschlüsselte Datenübertragung (TLS)
- Zugriffsbeschränkungen und Rollenrechte
- Regelmäßige Datensicherungen
- Serverstandorte innerhalb der EU

9. Rechte der betroffenen Personen

Sie haben das Recht:

- auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO
- auf Berichtigung gemäß Art. 16 DSGVO
- auf Löschung gemäß Art. 17 DSGVO
- auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO
- auf Widerspruch gegen die Verarbeitung gemäß Art. 21 DSGVO
- auf Widerruf erteilter Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft

Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu.

10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung bestimmter personenbezogener Daten ist für die Nutzung der Software und die Organisation des Schul-/Einrichtungsbetriebs erforderlich. Ohne diese Daten ist eine Nutzung der Plattform nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Hamburg, 26.02.26

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Therapiezenten der DRK Hamburg Harburg InklusiveWege gGmbH im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung meines/unseres Kindes (Name, Vorname):

_____ , geb.: _____

sachbezogene Informationen mit dem Fachpersonal folgender Institution (Name, Adresse):

_____

einholen und geben dürfen, wenn Bedarf zum Austausch besteht.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Interdisziplinäre Therapiezentren der InklusiveWege gGmbH Befunde erhält, die im Rahmen der therapeutischen Förderung erforderlich sind oder diese zur Verfügung stellt. Diese Befunde können in die Diagnostik, den Förder- und Behandlungsplan und den Entwicklungsbericht einfließen.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Berichte der Interdisziplinäre Therapiezentren der InklusiveWege gGmbH über die Behandlungsfortschritte unseres Kindes / meines Kindes an die genannte Institution herausgegeben werden und ein Informationsfluss stattfindet.

Mir ist/uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann oder einzelne Ansprechpartner herausgenommen werden können.

Wenn nur eine sorgeberechtigte Person anwesend ist, gehen wir davon aus, dass die Entbindung der Schweigepflicht im Einvernehmen beider Elternteile erteilt wird und im Interesse des Kindes allein gehandelt werden darf. Mit der Unterschrift bestätigt dies die anwesende sorgeberechtigte Person.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

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).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen

Nachname: …… Vorname: ……

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

Anschrift:

……

……

Name und Anschrift der Krankenkasse (unbedingt ausfüllen):

……

……

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

……

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

……

……

Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden)

Nachname: …… Vorname: ……

Tel.: ……

Mobil: …… Email:……

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

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.

Gibt es bereits eine gesicherte Diagnose? Wenn nicht, sollte zeitnah ein Termin zur Sicherheit einer medizinischen Stelle z.B. WOI , UKE, AK Harburg wahrgenommen werden

Erste Problembeschreibung

1. Beobachten Sie bei sich folgende Probleme?

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

Ihr Lebensraum

2. Welche Personen sind in Ihrem Leben wichtige Bezugspersonen?

……

3. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? □ ja □ nein

   Wenn nein, weil…….

4. Leben Sie in einer betreuten Wohngruppe bzw. in einem Heim, von wann bis wann, in

welcher/welchen Einrichtung/en:

Zeitraum	Name der Einrichtung

5. Besuchen Sie eine

□ Schule seit: ……. bis:……
□ Ausbildungsplatz seit: ……. bis:……
□ Arbeitsplatz seit: ……. bis:……
□ Werkstatt seit: ……. bis:……
□ Tagesfördereinrichtung seit: ……. bis:……
□ Sonstiges: …… seit: ……. bis:……

6. Name, Anschrift und Tel.-Nr., E-Mail-Adresse der derzeit besuchten Einrichtung:

……
Ansprechpartner:……
……

7. Welche zusätzliche Förderung (z.B. Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie) erhält, bzw. erhalten Sie? Hatten Sie bereits einen Klinikaufenthalt?

Zeitraum	Art der Förderung/Therapie / Name der Klinik

Vorgeschichte

8. Welche (Kinder) Krankheiten oder Unfälle/Stürze hatten Sie - in welchem Alter?

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

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

Kinderarzt: …….

Hausarzt: …….....

(Kinder- u. Jugend-)Psychiater/Neurologe: …….

10. In welchem Alter ist Ihnen, oder Ihren Eltern zum ersten Mal etwas Außergewöhnliches an Ihnen aufgefallen?

.....

.....

Die ersten Auffälligkeiten waren: ……...

11. Wurde bei Ihnen eine Elektroenzephalographie (EEG) oder eine Tomographie (CT/MRT etc.) durchgeführt?

□ ja □ nein

Wenn ja, wann: ..... wo: ……

Befund: ……..

…….

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

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

Sonstige:……

Folgende Befunde:……..

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

Zeitraum	aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

14. Welche Medikamente werden gegenwärtig verabreicht?

aufgrund folgender Diagnose:	Name des Medikaments

15. Wurden Sie schonmal 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)

Gibt es bereits eine gesicherte Diagnose? Wenn nicht, sollte zeitnah ein Termin zur Sicherheit einer medizinischen Stelle z.B. WOI , UKE, AK Harburg wahrgenommen werden

16. Welche Maßnahmen wurden (ggf.) eingeleitet?

……

……

17. Stehen Sie bereits auf einer Warteliste für ambulante Autismustherapie in einer Therapiestelle in Hamburg? □ ja □ nein

Wenn ja, wo? ……

Nahrungsaufnahme

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

Wenn ja, welche Auffälligkeiten?.....

19. Essen Sie immer die gleichen Dinge oder ist besonders wählerlisch beim Essen?

……

……

……

20. Besteht der Verdacht oder die Gewissheit, dass Sie nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel körperlich oder psychisch auffällig reagiert(en)?

……

……

21. Können Sie selbstständig für sich sorgen und kochen, einkaufen usw. oder benötigen Sie dabei Unterstützung?

……

……

……

Schlafverhalten

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

……

……

23. Welche Schlafgewohnheiten/Schlafroutine haben Sie?

……

……

Sprache

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

……

25. Wie gehen Sie in Kommunikation, um seine Bedürfnisse zu kommunizieren oder mitzuteilen?

……
……
……
……

26. Wurde in der Kita / Schule mit Teacch und Metacom gearbeitet? □ ja □ nein

Anderes: ……

27. Benutzen Sie andere Kommunikationsmittel, um sich mitzuteilen (Fotos, Computer, Talker)?

□ ja □ nein wenn ja, welche ……

28. Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

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

sonstige Auffälligkeiten:……..…….

Beziehungen zu anderen Menschen

29. Haben Sie enge Bezugspersonen und Freunde?

□ ja □ nein

Wenn ja, wie oft verabreden Sie sich? Und von wem geht die Kontaktaufnahme meist aus?

……

……

Wenn nein, leiden Sie darunter, dass Sie keine Freunde haben? □ ja □ nein

30. Wie gestaltet sich der Kontakt mit ihren Bezugspersonen? Was wird unternommen?

……

……

……

31. Wie geht es Ihnen nach Verabredungen und sozialer Interaktion?

……..

……..

32. Wie verhält verhalten Sie sich in sozialen Gruppen

□ nehme aktiv teil

□ sondere mich ab

□ sucht nur Kontakt, wenn ich etwas haben möchte

Sonstiges: ……

33. Haben Sie Verständnis für soziale Regeln („weiß was sich gehört") □ ja □ nein

34. Wie verhalten Sie sich in der Begegnung mit fremden Menschen?

……

……

……..

Umgang mit Gefühlen

35. Verhalten Sie sich aggressiv gegen

□ sich selbst

□ andere Personen

□ Gegenstände

□ zeigen keine übermäßigen Aggressionen

36. Sind Sie besonders ängstlich?

□ ja, ich habe besonders Angst……
□ nein

37. Können Sie Ihre eigenen Gefühle gut erkennen?

Wenn ja, wie zeigen sich diese Gefühle?

……
……
……

38. Können Sie die Gefühle anderer gut erkennen? □ ja □ nein

39. Gibt es Dinge, die Sie gar nicht mögen? (z.B. Körperkontakt, laute Geräusche)

……
……
……

40. Zeigen Sie Frustration, wenn es Begrenzungen/ Stopps von außen erhalten?
Wenn ja, wie?

……
……
…….

Besondere Verhaltensweisen

41. Gibt es Verhaltensweisen, die besonders auffallen?

……
……
…….

42. Wie gehen Sie damit um, wenn die Tagesroutine verändert wird oder Dinge außerplanmäßig anders verlaufen?

……
……
…….

43. Wie sieht der Alltag im häuslichen Umfeld aus? Gibt es Routinen, an denen Sie sich orientieren?

……

……
……
……

44. Zeigen Sie Zwänge, Tics, Laute oder andere besondere Verhaltensweisen bei Stress oder Anforderungssituationen?

……
……
……

45. Zeigen Sie repititive Verhaltensweisen z.B. immer auf die gleiche Weise Sätze zu beginnen o.ä.?

……
……
……

46. Wie reagieren Sie auf äußere Reize z.B. Geräusche und Gerüche?

……
……
……

47. Haben Sie spezielle Interessen, oder Hobbies z.B. Musik, technische Sachverhalte, Computer, Kalenderdaten, Fahrtrouten, Fahrpläne, wenn ja welche:

……
……
……

48. Wie beruhigen Sie sich, wenn Sie gestresst sind?

……
……
……

49. Haben Sie Besonderheiten, wie Sie in Überforderungssituationen reagieren?

……
……
……

50. Haben Sie Lieblingsgegenstände, oder sammeln Sie etwas? Wenn ja, was

……
……

Wie reagieren Sie, wenn diese unauffindbar sind?

……

……

□ keine besonderen Lieblingsgegenstände

51. Gibt es Fähigkeiten, die Sie als überdurchschnittlich bezeichnen würden?

Wenn ja, welche .....

……

……

52. Was wollen Sie gerne verändern, woran wollen Sie arbeiten?

……

……

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

……

……

54. Wodurch erfuhren Sie von uns?

……

55. Hatten Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens, wenn ja von wem?

……

Datum …… Name……

Unterschrift ……

Wir versuchen auch das Umfeld für die Besonderheiten unserer Klienten zu sensibilisieren. So möchten wir gerne Schulen, weiteren Therapeuten und Kinderärzten Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten anbieten.

Schule	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
Arbeitsplatz	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
		……...
Neurologe	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
Psychotherapeut	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……
	E-Mail	……
Hausarzt	Name	……
	Straße	……
	PLZ, Ort	……
	Telefon	……...
	E-Mail	……

Weitere:

……
……
……
……
……
……

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).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen

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 alleinerziehend: □ ja □ nein sorgeberechtigt: □ ja □ nein

Vater

Nachname: …… Vorname: ……..…..

geb.: ……..

Anschrift: □ wie Mutter Eigene Anschrift:

……

Tel.: …….

Mobil: …… Email: ……

Schulabschluss:……..…..... Beruf:……

berufstätig: □ ja □ nein alleinerziehend: □ 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	KiTAForm/Schulform bzw. Beruf	Besonderheiten in der Entwicklung

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?

□ Kontaktschwierigkeiten
□ Aggressivität
□ starke motorische Unruhe
□ übermäßige Ängstlichkeit
□ starke(r) Trotz, Wut, Unwillen
□ Teilnahmslosigkeit
□ Störungen des Essverhaltens
□ Selbstverletzendes Verhalten
□ ausgeprägte Schlafstörungen
□ soziale Schwierigkeiten
□ Konzentrationsschwäche
□ 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/der/die Untersuchte

□ Kindergarten seit: ……. bis:……

□ Schule seit: ……. bis:……

□ Ausbildungsplatz seit: ……. bis:……

□ Arbeitsplatz seit: ……. bis:……

□ Werkstatt seit: ……. bis:……

□ Tagesfördereinrichtung seit: ……. bis:……

□ Sonstiges: …… seit: ……. bis:……

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

……

Ansprechpartner:……

……

8. Welche zusätzliche Förderung (z.B. Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie) 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: ……...

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 Monaten..... cm

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
□ AD(H)S (hyperkinetische Störung)
□ Mutismus
□ Genetische Untersuchungen
□ Entwicklungsverzögerung
□ Depression
□ 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

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)

Gibt es bereits eine gesicherte Diagnose? Wenn nicht, sollte zeitnah ein Termin zur Sicherheit einer medizinischen Stelle z.B. WOI , UKE, AK Harburg wahrgenommen werden

20. Welche Maßnahmen wurden (ggf.) eingeleitet?

……

……

21. Welche Ratschläge wurden den Eltern erteilt?

……

……

22. Stehen Sie bereits auf einer Warteliste für ambulante Autismustherapie in einer Therapiestelle in Hamburg? □ ja □ nein

Wenn ja, wo? ……

Nahrungsaufnahme und Sauberkeit

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

Wenn ja, welche Auffälligkeiten?.....

24. Isst Ihr Kind immer die gleichen Dinge oder ist besonders wählerlisch beim Essen?

……

……

……

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

……

……

26. Ist Ihr Kind

□ tagsüber sauber

□ nachts sauber

evtl. Besonderheiten ……..

Schlafverhalten

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

……

……

28. Schläft Ihr Kind allein? □ ja □ nein

falls nein, welche Schlafgewohnheiten hat es?

……

……

Sprache

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

30. Ihr Kind verfügt heute über

□ voll ausgeprägte Sprache □ spricht in Mehrwortsätzen

□ äußert sich in Einwortsätzen □ gibt einzelne Worte und Laute von sich

□ äußert nur einzelne Laute □ produziert keine Laute

31. Wie geht das Kind in Kommunikation, um seine Bedürfnisse zu kommunizieren oder mitzuteilen?

……

……

……

…….

32. Wird in der Kita / Schule bereits mit Teacch und Metacom gearbeitet? □ ja □ nein

Anderes: ……..

33. Benutzt Ihr Kind andere Kommunikationsmittel, um sich mitzuteilen (Fotos, Computer, Talker)?

□ ja □ nein wenn ja, welche …….

34. Gibt es sprachliche Auffälligkeiten folgender Art?

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

sonstige Auffälligkeiten:……..…….

Beziehungen zu anderen Menschen

35. Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?

□ ja wenn ja, welchen Alters: .....
□ ja jedoch nur mit Geschwistern
□ ja jedoch nur, wenn Erwachsene mitspielen
□ nein ……..

36. Geht ihr Kind gern in die Kita / Schule?

……

37. 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 Kindern
□ spielt nur mit, wenn es bestimmen darf
□ sucht nur Kontakt, wenn es etwas haben will
Sonstiges: ……

38. 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

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

40. Nimmt Ihr Kind an Gruppenspielen teil? □ ja □ nein

41. Spielt Ihr Kind Rollenspiele, z.B. „Kaufladen“ oder „Mutter, Vater, Kind“ □ ja □nein
wenn ja, welche Rollenspiele z.B.: …….....

42. Wie verhält sich ihr Kind in der Begegnung mit fremden Menschen?

……

……

……

43. (Wie) kann sich das Kind auf eine 1:1 Situation mit anderen Menschen einlassen?

……

……

……

Umgang mit Gefühlen

44. Verhält sich Ihr Kind aggressiv gegen

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

45. Ist Ihr Kind besonders ängstlich?

□ ja, es hat besonders Angst……

□ nein

46. Können Sie andere Gefühle ihres Kindes z.B. Traurigkeit oder Freude oder Frust erkennen? Wenn ja, wie zeigt es diese Gefühle?

……

……

……

47. Gibt es Dinge, die ihr Kind nicht mag? (z.B. Körperkontakt, laute Geräusche)

……

……

……

48. Zeigt das Kind Frustration, wenn es Begrenzungen/ Stopps von außen erhält? Wenn ja, wie?

……

……

……

Besondere Verhaltensweisen

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

……
……
……

50. Wie geht ihr Kind damit um, wenn die Tagesroutine verändert wird oder Dinge außerplanmäßig anders verlaufen?

……
……
……

51. Wie sieht der Alltag im häuslichen Umfeld aus? Gibt es Routinen, an denen das Kind sich orientieren kann?

……
……
……

52. Zeigt ihr Kind Zwänge, Tics, Laute oder andere besondere Verhaltensweisen bei Stress oder Anforderungssituationen?

……
……
……

53. Zeigt ihr Kind repititive Verhaltensweisen z.B. immer auf die gleiche Weise Sätze zu beginnen o.ä.?

……
……
……

54. Wie reagiert ihr Kind auf äußere Reize z.B. Geräusche und Gerüche?

……
……
……

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

……
……
……

56. Wie lässt sich ihr Kind beruhigen, wenn es aufgebracht ist?

……

……

……

57. Hat ihr Kind bereits begonnen mit einem Timetimer Spielsituationen zu beenden?

……

……

……

58. Hat ihr Kind Weglauftendenzen oder andere Besonderheiten, um in Überforderungen zu reagieren?

……

……

……

59. Hat Ihr Kind besondere Lieblingsgegenstände, wenn ja welche

……

……

Wie reagiert es, wenn diese unauffindbar sind?

……

……

□ keine besonderen Lieblingsgegenstände

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

Wenn ja, welche .....

……

……

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

……

……

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

……

……

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

……

……

64. Wodurch erfuhren Sie von uns?

□ Kinderarzt □ Kindergarten

□ (Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamt(s)) □ Schule

□ Internet

□ Sonstige ……...

65. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

□ Mutter

□ Vater

□ sonstige Person ……...

Datum …… Name……

Unterschrift ……

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.

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	……