

# Autismus-Beratungszentrum Anfragebogen

Nehmen Sie sich im Folgenden ca. 15 Minuten Zeit, um das Kontaktformular auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns dabei, Ihrem Kind die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen.

## Dokumente

Bitte halten Sie schon jetzt für uns relevante Dokumente bereit. Im letzten Schritt des Formulars, müssen Sie diese an uns übermitteln. **Wir benötigen mindestens eine Diagnose-Bestätigung.**

## Persönliche Daten des Kindes/Jugendlichen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

PLZ

Wohnort

Grad der Behinderung

Pflegegrad

1    2    3    4    5   kein Pflegegrad

## Betreuungs-/ Hilfesystem

Eltern / Angehörige

Vormundschaft

Telefon

E-Mail Adresse

## Eingliederungshilfe

Wenn vorhanden: Ansprechpartner Eingliederungshilfe

Wenn vorhanden: Telefon Eingliederungshilfe

Wenn vorhanden: E-Mail Adresse Eingliederungshilfe

*Wie sind die aktuellen Lebensverhältnisse?*

*A) Stationäre Wohnform/Einrichtung oder*

*B) Privat?*

*A) Stationäre Wohnform/Einrichtung*

Stationäre Wohnform/Einrichtung: Ansprechpartner

Stationäre Wohnform/Einrichtung: Telefon

Stationäre Wohnform/Einrichtung: E-Mail Adresse

*B) Privat*

Privat: Familienform

beide Eltern    alleinerziehend    Patchwork    Pflege-/Adoptivfamilie

Privat: Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?

## Bedarf / Beeinträchtigung / Gesundheit

Weitere gesicherte Diagnosen

- Autismus / ASS       ADS / ADHS       Motorische Einschränkungen       Entwicklungsstörung  
 Angst- / Bindungsstörung       Epilepsie

Wenn eine Medikation vorliegt, welche?

Wenn Allergien/ Unverträglichkeiten vorliegen, welche?

## Frühere Förderung & aktuelle Betreuung

Wenn Ja, welche Therapien wurden durchgeführt  
(Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung)?

## Welche Einrichtung besucht das Kind? A) Kindertagesstätte oder B) Schule

A) Kindertagesstätte

B) Schule

Gibt es eine Schul-/Kita-Begleitung? Wenn Ja, Leistungsträger Integrationshilfe

# Beobachtungen Ihres Kindes im Alltag - Teil 1

Es ist uns wichtig, Ihr Kind ideal zu betreuen. Um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes zu erhalten, sind uns Ihre Informationen sehr hilfreich.

Wir bitten Sie die Fragen so gut Sie können zu beantworten.

## Entwicklungs- und Alltagskompetenzen

Sprache / Kommunikation

- keine Sprache    Einwortsätze    einfache Sätze    flüssige Sprache

Sprachverständnis

- gut    eingeschränkt    stark eingeschränkt

Nutzt ihr Kind unterstützende Kommunikation? Wenn Ja, welche

## Sozialverhalten

Kontaktverhalten

- sucht aktiv Kontakt    zurückgezogen    vermeidet Kontakt

Umgang mit Gleichaltrigen

- unproblematisch    konfliktreich    wenig Interesse

Umgang mit Erwachsenen

- unproblematisch    konfliktreich    wenig Interesse

Umgang mit Veränderungen

- flexibel    braucht Vorbereitung    reagiert mit Stress

## Motorik

Grobmotorik

- altersgerecht    auffällig    unsicher

Sind Hilfsmittel notwendig? Wenn Ja, welche

Gibt es Auffälligkeiten der Feinmotorik? Wenn Ja, welche

## Kognition / Lernen

Aufmerksamkeit / Konzentration

- unauffällig    eingeschränkt    stark eingeschränkt

Merkfähigkeit

- gut    eingeschränkt    stark eingeschränkt

Gibt es besondere Interessen / Begabungen? Wenn Ja, welche

Lernverhalten

- visuell (durch sehen)    auditiv (durch hören)    durch Nachahmung

## Beobachtungen Ihres Kindes im Alltag - Teil 2

Es ist uns wichtig, Ihr Kind ideal zu betreuen. Um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes zu erhalten, sind uns Ihre Informationen sehr hilfreich.

Wir bitten Sie die Fragen so gut Sie können zu beantworten.

### Emotionale Kompetenzen

Ausdruck von Gefühlen

- situationsabhängig  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  kaum möglich

Emotionsregulation

- selbstständig  mit Unterstützung  häufige Überforderung

Hat das Kind Ängste / Sorgen? Wenn Ja, welche

Gibt es bekannte Trigger-Situationen? Wenn Ja, welche

Gibt es Warnzeichen für Überlastung (z. B. Rückzug, Aggression)? Wenn Ja, welche

Gibt es Strategien, die bisher helfen? Wenn Ja, welche

Gibt es Rituale / Abläufe, die beruhigen? Wenn Ja, welche

## Selbstständigkeit

Anziehen

- selbstständig  mit Hilfe  nicht möglich

Essen

- selbstständig  mit Hilfe  nicht möglich

Körperpflege / Hygiene

- selbstständig  mit Hilfe  nicht möglich

Schlafverhalten

- unauffällig  Ein-/Durchschlafprobleme

Orientierung im Alltag (z. B. Weg zur Schule)

- sicher  unsicher  nicht möglich

## Sensorik

Auffälligkeiten

- Geräusche  Licht  Berührungen  Gerüche  keine

Reaktionen

- Überempfindlichkeit  Unterempfindlichkeit  sucht Reize  keine

## *Besondere Interessen / Stärken*

Hat ihr Kind Spezialinteressen? Wenn Ja, welche

Hat ihr Kind Lieblingsaktivitäten? Wenn Ja, welche

Hat ihr Kind Bereiche, in denen es besonders stark ist? Wenn Ja, welche

## *Aktuelle Herausforderungen (Elternsicht)*

Welche Situationen sind für Ihr Kind besonders schwierig?

## *Ziele & Erwartungen der Eltern*

Erwartungen an die Beratungsstelle

Welche Unterstützung wünschen Sie sich als Eltern?

## Dokumente, Einwilligung und Versand

Wir bitten um Zusendung von vorhandenen Dokumenten als PDF zum Beispiel:

- Wir benötigen mindestens eine Diagnose-Bestätigung.
- Ein ärztliches oder fachärztliches Gutachten oder eine Stellungnahme, die den besonderen Unterstützungsbedarf begründet
- Ein pädagogischer Bericht der Schule oder des Kindergartens, der die Herausforderungen im Alltag schildert
- Berichte von Therapeuten, Psychologen, Integrationsdiensten

---

**Einwilligung\***

Ich willige ein, dass die oben angegebenen Daten vom Lebenshilfe Bad Kreuznach e.V. zur Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet werden. Das schließt ausdrücklich Gesundheitsdaten ein. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen, zum Beispiel per E-Mail an [info@lebenshilfe-kreuznach.de](mailto:info@lebenshilfe-kreuznach.de). Informationen zur Verarbeitung der Daten finden sich in der [Datenschutzerklärung](#).

Schicken Sie uns die angeforderten Unterlagen bitte zusammen mit dem ausgefüllten Formular als PDF Datei an [autismus@lebenshilfe-kreuznach.de](mailto:autismus@lebenshilfe-kreuznach.de) oder bitte senden Sie es postalisch an:

Lebenshilfe Bad Kreuznach  
Team Autismus  
Agnesienberg 78-80  
55545 Bad Kreuznach