



Elternfragebogen

Autismusspezifische Förderung

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes/Jugendlichen zu erhalten, sind Ihre Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten des Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum jungen Menschen

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) , Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland P1 _____ Herkunftslan P2 _____

Seit wann lebt P1 in Deutschland? _____ Seit wann lebt P2 in Deutschland? _____

Verfügen die Eltern über deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegende gute

Hatte das Kind bei Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegende gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

nein ja, von _____ bis _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht kaum eher weniger überwiegend

Wohnsituation

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Das Kind teilt sich ein Zimmer mit _____

Welche Personen leben außer der Eltern/Kindern noch im Haushalt? _____

Erziehung

Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen von:

P1 P2 Eltern gemeinsam Großeltern, Schwiegereltern

Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?

ja häufig uneinig, weil _____

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/ einem Elternteil?

nein ja, folgende: _____

Wie ist die Beziehung des Kindes zu den Geschwistern?

überwiegend gut häufig Streit, weil _____

Erkrankungen in der Familie

Liegen Erkrankungen in der Familie vor (psychisch/körperlich)?

nein ja, folgende: _____

Erkrankungen des Kindes

Sind bei dem Kind Erkrankungen (psychisch/körperlich) festgestellt worden?

ja nein

Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?

nein ja, folgende: _____

Durch wen und wann wurden sie festgestellt?

Derzeitige Krankheitssymptome/Auffälligkeiten bei dem Kind

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen, Durchfall | <input type="checkbox"/> Einnässen |
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen (Kopf, Bauch) _____ | <input type="checkbox"/> Antriebsarmut |
| <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tics (Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen u.a.) _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere, welche _____ | |

In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen werden die Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?

Gibt es Störungen bei der Nahrungsaufnahme und Sauberkeit?

nein ja, folgende: _____

Benötigt das Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein ja, folgende: _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

Von wem?	Welche?	Zeitraum? (von/bis)

Motorische Entwicklung

Hat das Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten?

nein ja

Leistungsart	Leistungszeitraum	Alter des Kindes

Das Kind ...

- ist in den Bewegungen unauffällig kann nur schwer auf einem Platz sitzen bleiben
 ist in den Bewegungen unruhig andere Auffälligkeiten: _____
 verhält sich oft ungeschickt, z.B. _____

Sprachliche Entwicklung

Das Kind ...

- sprach lange wenige gleiche Wörter hat einen geringen Wortschatz
 sprach sehr undeutlich spricht kaum oder gar nicht
 spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze spricht sehr langsam
 spricht überstürzt, verschluckt und verstellt Laute spricht sehr viel
 konnte einfache Sätze nicht richtig bilden spricht oft leise und unsicher
 spricht langsam/stockend/stotternd spricht undeutlich
 andere Auffälligkeiten _____

Sprachtherapie/Logopädie

nein ja, von _____ bis _____, Therapeut/in: _____

Verfügt das Kind 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

Besondere Ereignisse, die mit dem Auftreten des Problemverhaltens zusammenhängen könnten?

- Tod der Mutter/ Großmutter Alter des Kindes _____
 Tod des Vaters/Großvaters Alter des Kindes _____
 Tod des Geschwisterkindes Alter des Kindes _____
 Trennung der Eltern Alter des Kindes _____
 Trennung von Geschwistern Alter des Kindes _____
 Stiefkind/ Pflegekind/ Adoptivkind seit _____
 Schwere Erkrankung Alter des Kindes _____ Mutter Vater Geschwister
 Aufenthalt im Heim von/bis: Großmutter Großvater
 Aufenthalt in Pflegefamilie von/bis: _____
 Wohnortwechsel Alter des Kindes _____ von _____ nach _____
 Alter des Kindes _____ von _____ nach _____
 Alter des Kindes _____ von _____ nach _____
 andere (bitte beschreiben): _____

Kindergarten

Angaben zum bisherigen, vorgesehenen oder bereits zurückliegenden Besuch des Kindergartens

Das Kind besucht/besuchte:

- keinen Kindergarten, weil _____
- Regelkindergarten
- Integrationskindergarten

Geht/Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja
- nein, weil _____

Wie verhält/verhielt sich das Kind im Kindergarten?

- unauffällig
- auffällig, weil _____

Schule

Angaben zum bisherigen Schulbesuch des Kindes

- Schulverlauf:**
- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|---|
| altersgemäße Einschulung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| vorzeitige Einschulung | wann _____ | warum _____ |
| Rückstellung | wann _____ | warum _____ |
| andere Beschulung, welche? | _____ | |
| Wiederholung der Klasse | _____ | <input type="checkbox"/> Elternwunsch <input type="checkbox"/> Anraten der Schule |
| Schulwechsel | wann _____ | warum _____ |
| zeitweise kein Schulbesuch, weil | _____ | |

Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft? (ggf. Bescheid des staatlichen Schulamtes beifügen)

- nein ja, wann _____, Schwerpunkt: _____

Geht das Kind gerne in die Schule?

- im Allgemeinen ja nein hat große Angst vor der Schule, warum?

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

- ja schwänzt
- kommt häufig zu spät fehlt oft, weil _____

Mag das Kind die/den KlassenlehrerIn?

- ja nein, weil _____

Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

- ja nein, weil _____

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

- ja nein, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu einigen MitschülerInnen gestört?

- nein ja, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern gestört?

- nein ja, weil _____

Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

- ja nein, weil _____

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?

- nein ja, folgende: _____

Bekommt das Kind Nachhilfe?

- nein ja, durch häusliches Üben ja, durch Nachhilfe
 ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit _____. Wie häufig in der Woche? _____

Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben? ungefähr täglich _____ Stunden

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- nein gelegentlich ja, durch _____

Wie erledigt das Kind schulische Aufgaben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbstständig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig | <input type="checkbox"/> arbeitet langsam |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig | <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert |
| <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert | <input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert |
| <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe | <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe |
| <input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben | <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv |
| <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen | <input type="checkbox"/> anders (bitte beschreiben): _____ |

Verhalten des Kindes in der Familie und in der Freizeit

Das Kind verbringt die Freizeit außerhalb des Elternhauses

- selten gelegentlich häufig meistens

Welche Medien nutzt das Kind regelmäßig (z.B. Handy, PC, Spielekonsole, TV)? Wie oft durchschnittlich (Std./Woche)?

Das Kind ist lieber...

- für sich allein zusammen mit jüngeren Kindern
 zusammen mit gleichaltrigen Kindern zusammen mit älteren Kindern

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

- nein ja, wie viele: _____
 eine besondere Freundin/ einen besonderen Freund
 schnell wechselnde Freundschaften

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu | <input type="checkbox"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt | <input type="checkbox"/> löst Konflikte gut/in angemessener Weise |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammenspielen | <input type="checkbox"/> neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen |
| <input type="checkbox"/> will meistens im Mittelpunkt stehen | <input type="checkbox"/> hält sich nicht an Regeln und Abmachungen |
| <input type="checkbox"/> wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in | <input type="checkbox"/> geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein |
| <input type="checkbox"/> will meistens bestimmen/Anführer/in sein | <input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft |
| <input type="checkbox"/> verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos | <input type="checkbox"/> schimpft und schlägt schnell |
| <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück | <input type="checkbox"/> anders, wie _____ |

Spielt das Kind mit anderen Kinder?

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

Hat das Kind besondere autismusspezifische Interessen (z.B. Musik, Zahlen, technische Sachverhalte, Computer, Kalendertage, Fahrtrouen, Fahrpläne oder andere)?

- nein ja, folgende: _____

Ist das Kind in einem Verein/einer Jugendgruppe?

- nein zurzeit nicht, war schon mal _____
 ja, folgende: _____ seit _____

Welche Verhaltensweisen/Stimmungen beobachten Sie häufig?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmungen |
| <input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten |
| <input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung | <input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen | <input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung |
| <input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindsam | <input type="checkbox"/> selbstständig/verantwortungsbewusst |
| <input type="checkbox"/> freundlich/lieb | <input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich |
| <input type="checkbox"/> häufig aggressiv | <input type="checkbox"/> verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Zerstörungswut | <input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> aktiv/kreativ | <input type="checkbox"/> große Angst vor/bei _____ |
| <input type="checkbox"/> anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> Lügen |
| <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich | <input type="checkbox"/> Stehlen |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> andere, welche _____ | |

Seit wann beobachten Sie das auffällige Verhalten? (Alter des Kindes) _____

In welchen Situationen (Anlass/Person/Ort/Tageszeit) beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Wie verhält sich das Kind in Bezug auf (noch) unbekannte Personen?

- angemessen auffällig, weil _____

Hat das Kind Verständnis für soziale Regeln?

- nein ja

Das Kind verhält sich aggressiv gegen

- sich selbst andere Personen Gegenstände es zeigt keine Aggressionen

Fällt es dem Kind schwer, sich auf neue Umgebungen einzustellen?

- nein ja

Reagiert das Kind ängstlich/aggressiv, wenn bestimmte Abläufe den eigenen Erwartungen nicht entsprechen?

- nein ja

Was bereitet Ihnen Sorgen bei dem Kind?

Was klappt gut zwischen Ihnen und dem Kind, was macht Ihnen besonders Freude?

Einschätzung der Eltern

Welche Schwierigkeiten bestehen aus Ihrer Sicht bei dem Kind vorrangig?

Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, dem Kind zu helfen?

Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

Welche Veränderungen/Ziele soll das Kind erreichen?

Was glauben Sie, wie Sie dem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

Antragstellung

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gem. § 35 a SGB VIII aufmerksam gemacht?

Hatten Sie bereits Kontakt zu MitarbeiterInnen des Jugendamtes?

nein

ja, mit _____ am (wann?) _____

Wurden/Werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein

ja

Leistungsart	Leistungszeitraum (von – bis)

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von (mehrere Kreuze möglich):

P1

P2

Andere: _____

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P1)

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P2)