



Elternfragebogen

Autismusspezifische Förderung

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes 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 Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind und zu den Eltern				
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum	
Inhaber/in der Personensorge				
<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige				
Name, Vorname des Vaters			Name, Vorname der Mutter	
Straße, Hausnummer			Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort			PLZ Wohnort	
Geburtsdatum			Geburtsdatum	
Telefon			Telefon	
Handy			Handy	
E-Mail			E-Mail	
derzeitige Tätigkeit / Beruf			derzeitige Tätigkeit / Beruf	
Familienstand der Personensorgeberechtigten:				
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet				
Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)				
Name	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland Mutter _____	Herkunftsland Vater _____		
Seit wann lebt _____	<input type="checkbox"/> die Familie	<input type="checkbox"/> die Mutter	<input type="checkbox"/> der Vater
in Deutschland? _____			
Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mittelmäßige	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> gute
Hatte Ihr Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mittelmäßige	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> gute
Hat Ihr Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____	bis _____	
Wird in der Familie Deutsch gesprochen?			
<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> eher wenig	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> überwiegend

Wohnsituation

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Er/Sie teilt sich ein Zimmer mit _____		
Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch im Haushalt? _____		

Erziehung

Ihr Kind wurde bisher vorwiegend erzogen		
<input type="checkbox"/> von der Mutter	<input type="checkbox"/> von dem Vater	<input type="checkbox"/> von den Eltern gemeinsam
<input type="checkbox"/> von den Großeltern oder Schwiegereltern		
<input type="checkbox"/> von _____		
Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> häufig uneinig, weil _____	

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen Ihrem Kind und den Eltern/ einem Elternteil?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, welche _____		

Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu seinen Geschwistern?		
<input type="checkbox"/> überwiegend gut		
<input type="checkbox"/> häufig Streit, wegen _____		

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

<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, welche _____	

Motorische Entwicklung

Hat Ihr Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten (Alter, Behandlungsdauer)?

Ihr Kind

- ist in seinen Bewegungen unruhig
- kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben
- verhält sich oft ungeschickt, z. B. _____
- andere Auffälligkeiten, _____

Sprachliche Entwicklung

Ihr Kind

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

Sprachtherapie/Logopädie

- nein ja, von _____ bis _____

Therapeut/in _____

Verfügt Ihr Kind **heute** über

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> voll ausgeprägte Sprache | <input type="checkbox"/> spricht in Mehrwortsätzen |
| <input type="checkbox"/> äußert sich in Einwortsätzen | <input type="checkbox"/> gibt einzelne Worte und Laute von sich |
| <input type="checkbox"/> äußert nur einzelne Laute | <input type="checkbox"/> produziert keine Laute |

Erkrankungen

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen psychischer oder körperlicher Art festgestellt worden?
Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?

Welche? _____

Durch wen/wann festgestellt? _____

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> Tics (z. B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen) |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? _____ | |

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

Gibt es Störungen bei der Nahrungsaufnahme und Sauberkeit? Wenn ja, welche?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Wenn ja, welche? _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____
von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____
von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

Besondere Ereignisse, die mit dem Auftreten der Problematik zusammenhängen könnten?

Tod der Mutter/Großmutter Alter des Kindes _____
 Tod des Vaters/Großvaters Alter des Kindes _____
 Tod eines Geschwisterkindes Alter des Kindes _____
 Trennung der Eltern Alter des Kindes _____
 Trennung von Geschwistern Alter des Kindes _____
 Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind seit _____
 Schwere Erkrankung Mutter Vater Geschwister Alter des Kindes _____
 Großmutter Großvater
 Aufenthalt im Heim von/bis _____
 Aufenthalt in Pflegefamilie von/bis _____
 Wohnortwechsel
von _____ nach _____ Alter des Kindes _____
von _____ nach _____ Alter des Kindes _____
von _____ nach _____ Alter des Kindes _____
 andere, welche? _____

Kindergarten

Wie verhält sich Ihr Kind im Kindergarten?

unauffällig auffällig, weil _____
 besucht keinen Kindergarten, weil _____

Schule

Schulverlauf

altersgemäße Einschulung ja nein
vorzeitige Einschulung wann _____ warum _____
Rückstellung wann _____ warum _____
andere Beschulung, welche? _____
Wiederholung der Klasse _____ Elternwunsch Anraten der Schule
Schulwechsel wann _____ warum _____
zeitweise kein Schulbesuch, weil _____

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

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

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?

- ja
 fehlt oft, weil _____

- kommt häufig zu spät schwänzt

Mag Ihr Kind seine Klassenlehrerin/seinen Klassenlehrer?

- ja nein, weil _____

Fühlt sich Ihr Kind im Klassenverband wohl?

- ja nein, weil _____

Hat Ihr Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

- ja nein, weil _____

Ist das Verhältnis Ihres Kindes zu seinen Mitschülern/zu einigen Mitschülern gestört?

- nein ja, weil _____

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

- nein ja, weil _____

Ist Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

- ja nein, weil _____

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

- nein ja, welche _____

Besteht ein sonderpädagogischer Förderschwerpunkt?

- nein ja, folgender _____

Bekommt Ihr Kind Nachhilfe?

- nein ja, durch häusliches Üben ja, durch Nachhilfe

- ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit _____.

Wie häufig in der Woche? _____

- Bekommt Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule (z. B. gesonderte individuelle Aufgaben, Aussetzen der Note, stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen, Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen, Entsprechendes bitte unterstreichen)?

Wie viel Zeit benötigt Ihr Kind für die Hausaufgaben? ungefähr tägl. _____ Stunden

Wie erledigt Ihr Kind seine schulischen Aufgaben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbständig | <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 | anders, wie _____ |

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- nein gelegentlich ja, durch _____

Verhalten Ihres Kindes

Ihr Kind verbringt seine Freizeit außerhalb des Elternhauses

- selten gelegentlich häufig meistens

Ihr Kind ist lieber

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> für sich allein | <input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern |
| <input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern | <input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern |

Hat Ihr Kind Freundinnen/Freunde?

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

Wie verhält sich Ihr Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu | <input type="checkbox"/> verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt | <input type="checkbox"/> kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammen spielen | <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"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein | <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück |
| <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"/> schimpft und schlägt schnell |
| <input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft | <input type="checkbox"/> anders, wie? _____ |

Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern?

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

Ist Ihr Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

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

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

Welche Verhaltensweisen 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"/> selbständig/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"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten |
- andere, welche? _____

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

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

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

- angemessen auffällig, weil _____

Hat Ihr Kind Verständnis für soziale Regeln?

- nein ja

Verhält sich Ihr Kind aggressiv gegen

- sich selbst andere Personen
 Gegenstände es zeigt keine Aggressionen

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

- nein ja

Reagiert Ihr Kind ängstlich/aggressiv, wenn bestimmte Abläufe seinen Erwartungen nicht entsprechen?

- nein ja

Was bereitet Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind?

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

Einschätzung der Eltern

Welche Schwierigkeiten bestehen aus Ihrer Sicht bei Ihrem Kind vorrangig?

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

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

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?

Was, glauben Sie, kann Ihr Kind bei der Zielerreichung unterstützen?

Antragstellung

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gemäß § 35a SGB VIII aufmerksam gemacht? Hatten Sie bereits Kontakt zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes?

nein ja, wann? _____
 mit _____

Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein ja von _____ bis _____
von _____ bis _____

Welche? _____

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von
 Mutter Vater Sonstigem: _____

Datum / Unterschrift/en