Autismus Institut Lübeck

Eingegangen am .....

Liebe Klienten,

dieser Therapiefragebogen in der Kurzversion hilft uns dabei, schnellstmöglich zu schauen, ob wir die passenden Ansprechpartner für Sie sind und wie genau wir Ihnen weiterhelfen können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team des Autismus Instituts Lübeck

Persönliche Daten

Klient(in)

Nachname: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Geburtsort: _____ Geschlecht: m __ w __

Anschrift: _____

_____

Tel.: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

_____

Versicherungsnummer des/der Klienten(in):

_____

Ausbildung/Studium/Arbeitsplatz/Werkstatt/Arbeitsstatus etc.

Berufsbezeichnung: _____

Arbeitsstätte: _____

Autismus Institut Lübeck
Travemünder Allee 30
23568 Lübeck

Telefon 0451 / 989 897 98
Telefax 0451 / 989 857 08
info@autismus-institut-luebeck.de
www.autismus-institut-luebeck.de

Deutsche Bank Lübeck
IBAN: DE69230707000405588500
BIC: DEUTDEDB237

Amtsgericht Lübeck
VR 3836 HL

autismus Deutschland e.V.

DER PARITÄTISCHE UNSER SPITZENVERBAND

Ärzte (Name, Anschrift und Telefonnummern)

	Hausarzt	Neurologe/Psychiater	Therapeut
Name			
Anschrift			
Telefon			

Förderdiagnostische Erstdaten

Liegt bei Ihnen eine Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung vor? Ja __ Nein __

Welche Diagnose? _____

Wann gestellt? _____ Im Alter von? _____

Von wem gestellt? _____

Gibt es Zusatzdiagnosen? (zutreffend bitte ankreuzen)

¤ Aufmerksamkeits–Hyperaktivitätssyndrom /ADHS ¤ Angststörung ¤ Zwangsstörung

¤ oppositionelles und aggressives Verhalten ¤ Depression ¤ Intelligenzminderung

¤ Epilepsie ¤ Sonstige _____

- **Welche Therapien/Förderungen nehmen Sie im Moment oder haben Sie früher in Anspruch genommen?**

  _____ _____

  _____ _____

- **Haben Sie schon einmal eine autismusspezifische Förderung für sich in Anspruch genommen? Ja __ Nein __**
- **Wenn ja:**

Wo genau? _____

In welchem Zeitraum? _____

- **Haben Sie zu diesem Zeitpunkt eine autismusspezifische Förderung beim Amt beantragt? Ja __ Nein __**

Autismus Institut Lübeck
Travemünder Allee 30
23568 Lübeck
Telefon 0451 / 989 897 98
Telefax 0451 / 989 857 08
info@autismus-institut-luebeck.de
www.autismus-institut-luebeck.de
Deutsche Bank Lübeck
IBAN: DE69230700700040558850O
BIC: DEUTDEDB237
Amtsgericht Lübeck
VR 3836 HL
autismus Deutschland e.V.
DER PARITÄTISCHE UNSER SPITZENVERBAND

- **Wie würden Sie Ihre Persönlichkeit beschreiben (Stichworte reichen)?**

_____

_____

_____

- **Welche Interessen oder Hobbies haben Sie?**

_____ _____

_____ _____

- **Welche Stärken haben Sie? Was können Sie richtig gut?**

_____ _____

_____ _____

- **Welche Angebote möchten Sie zu diesem Zeitpunkt nutzen?** (zutreffend bitte ankreuzen)

  ¤ Autismusspezifische Therapie

  ¤ Beratung (ohne Therapie) im Hinblick auf: _____

  _____

- **Welche Wünsche/Zielsetzungen/Fragen haben Sie für die Therapie?**

  _____

  _____

  _____

- **Folgende Anlagen sind beigefügt:** (zutreffend bitte ankreuzen)

  ¤ Berichte (Ärzte) ¤ Gutachten

Ausgefüllt von: _____

Ort/Datum:_____ Unterschrift:_____

Autismus Institut Lübeck
Travemünder Allee 30
23568 Lübeck

Telefon 0451 / 989 897 98
Telefax 0451 / 989 857 08
info@autismus-institut-luebeck.de
www.autismus-institut-luebeck.de

Deutsche Bank Lübeck
IBAN: DE69230707000405588500
BIC: DEUTDEDB237

Amtsgericht Lübeck
VR 3836 HL

autismus Deutschland e.V.

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND