Autismus Institut Lübeck

Eingegangen am _____

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

dieser Klientenfragebogen in der Kurzversion hilft uns dabei, schnellstmöglich zu schauen, ob wir die passenden Ansprechpartner für Sie und Ihr Kind 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: _____

Versicherungsnummer des/der Klienten(in)/des versicherten Elternteils:
_____

Sorgeberechtigte Bezugsperson(en)

Nachname: _____ Vorname: _____
geb.: _____ Geburtsort: _____

Anschrift:_____

Tel.: _____ Mobil: _____
Email: _____

Nachname: _____ Vorname: _____
geb.: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Email: _____

Kindergarten/ Schule/ Tagesförderstätte/ Werkstatt etc.

Name: _____ Ansprechpartner: _____

Adresse: _____ Tel.:_____

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)

	Kinderarzt	Hausarzt	Neurologe/Psychiater
Name			
Anschrift			
Telefon			

Förderdiagnostische Erstdaten

Liegt bei Ihrem Kind eine Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung vor? Ja / Nein

Wenn nein: Bitte wenden Sie sich an unsere Verwaltung: Tel.: 0451/98989798

Wenn ja: Welche Diagnose?_____

Wann gestellt? _____ Im Alter von? _____
Von wem gestellt? _____

Gibt es Zusatzdiagnosen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

□ Aufmerksamkeits–Hyperaktivitätssyndrom /ADHS □ Angststörung □ Zwangsstörung

□ oppositionelles und aggressives Verhalten □ Depression □ Intelligenzminderung

□ Epilepsie □ Sonstige _____

Wurde ein Pflegegrad beantragt?
Hat Ihr Kind bereits einen Pflegegrad? Welchen?

Welche Therapien/Förderungen bekommt ihr Kind oder hat es früher bekommen?

_____

_____

Haben Sie schon einmal autismusspezifische Förderung für Ihr Kind 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

Wie weit ist die Sprache bei ihrem Kind ausgebildet? Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

□ voll ausgeprägte Sprache □ spricht in 1-3 Wortsätzen □ äußert nur einzelne Laute

Wie würden Sie die Persönlichkeit Ihres Kindes beschreiben?

_____

_____

_____

Welche Interessen hat Ihr Kind? Womit mag es gerne spielen/ sich beschäftigen?

_____

_____

_____

Welche Stärken hat Ihr Kind?

_____

_____

_____

Welche Besonderheiten im Verhalten stehen bei Ihrem Kind im Vordergrund?

_____

_____

_____

Was bereitet Ihnen momentan Sorgen?

_____

_____

_____

Welche Angebote möchten Sie zu diesem Zeitpunkt nutzen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

□ Autismusspezifische Therapie

□ Beratung (ohne Therapie) im Hinblick auf:

_____

Folgende Anlagen sind beigefügt: Zutreffendes bitte ankreuzen:

□ Berichte (Ärzte/Kita/Schulen) □ Gutachten

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