

| | |
|--|---|
| <p>Schultyp und Name der Schule:</p> <p>Förderschwerpunkt:</p> <p>Klasse:</p> <p>Klassenlehrer*innen:</p> <p>E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer der Klassenlehrer*innen, falls bekannt:</p> <p>Schulbegleitung:</p> <p>E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer der Schulbegleitung, falls bekannt:</p> | |
| <p>Welche Autismus-Diagnose hat Ihr Kind? (Bitte genaue Bezeichnung)</p> <p>Wann wurde diese gestellt?</p> <p>Von wem?</p> <p>Bitte eine <u>Kopie der ersten Diagnosestellung</u> diesem Fragebogen hinzufügen!</p> | |
| <p>Hat Ihr Kind <u>in der Vergangenheit</u> bereits Hilfen (wie z.B. Autismustherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) erhalten?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche:</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Name(n) der Einrichtung(en):</p> <p>Wann und wie lange?</p> <p>Erhält Ihr Kind auch <u>derzeitig</u> noch weitere Hilfen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> |
| <p>Hat Ihr Kind neben der Autismusdiagnose noch weitere Beeinträchtigungen oder Erkrankungen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche:</p> |
| <p>Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche:</p> |
| <p>Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Merkzeichen:</p> |
| <p>Erhalten Sie Hilfe vom Jugendamt?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja:</p> <p>Wie heißt Ihr*e Ansprechpartner*in?</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>E-Mail-Adresse:</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Erhalten Sie Hilfe vom Sozialamt?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja:</p> <p>Wie heißt Ihr*e Ansprechpartner*in?</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>E-Mail-Adresse:</p> |
| <p>Was macht Ihr Kind gerne in seiner Freizeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat es Freunde? • Ist es in einem Verein? • <p>Hat es spezielle Interessen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche:</p> |
| <p>Wie schätzen Sie folgende Fähigkeiten bei Ihrem Kind ein:</p> | <p>Sprachliche Fähigkeiten:</p> <p>Lese-/ Rechtschreibfähigkeit:</p> <p>Konfliktfähigkeit:</p> |
| <p>Was müssen wir noch von Ihnen und Ihrem Kind wissen?</p> | |

**Was soll Ihr Kind im
Sozialtraining lernen?**

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|