



## Fragebogen

Dieser Fragebogen soll den Therapeut\*innen und den Berater\*innen einen Überblick über Ihre gegenwärtige Situation, Ihre Persönlichkeit und Ihre Probleme ermöglichen. Er erleichtert die Beratung und die Förderung; Ihnen erspart er Zeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder nicht beantworten können, lassen Sie diese aus.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

### Personalien:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ geb. in: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Bevorzugte Kontaktaufnahme über: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung:

Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Welcher Bereiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Familienstand:**

- Single                       zusammenlebend                       verheiratet  
 getrenntlebend                       geschieden                       verwitwet

Eigene Kinder:  ja                      Anzahl: \_\_\_\_\_  
                          nein

**Derzeitige Wohnsituation:**

- alleinlebend                       bei den Eltern  
 in einer Wohngemeinschaft                       in einer Wohnstätte  
 mit Partner\*in                       mit Partner\*in und Kind(ern)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schulabschluss:** \_\_\_\_\_

**Ausbildungsabschluss:** \_\_\_\_\_

**Hochschulabschluss:** \_\_\_\_\_

**aktuelle berufliche Situation:**

- selbständig                       angestellt                       studierend  
 arbeitssuchend                       berentet                       krankgeschrieben  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Behandelnde Ärzt\*innen**

- Psychiater\*in/ Psychotherapeut\*in

Name: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**O** Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie?**

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Psychiatrische Klinikaufenthalte:**

Welche Klinik: \_\_\_\_\_

Aufenthalt: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

Welche Klinik: \_\_\_\_\_

Aufenthalt: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

**Psychiatrische Diagnostik:**

Welche Diagnosen wurden bei Ihnen gestellt? (Bitte Kopien der Berichte beilegen!):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits therapeutisch behandelt?

Name: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Warum wenden Sie sich an das Autismus-Therapie-Zentrum?/ Welche Sorgen oder Schwierigkeiten haben Sie?

---

---

---

---

Welche Auffälligkeiten haben Sie oder andere Personen bei sich bemerkt?

---

---

---

---

Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

---

---

Wie würden andere Personen Sie beschreiben?

---

---

Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

---

---

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

---

---

Wenn Sie Ihre Persönlichkeit in einigen Punkten ändern könnten, in welchen Bereichen wären sie gerne anders?

---

---

Bitte schicken Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt, spätestens aber drei Tage, vor Ihrem Erstgesprächstermin zu.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!