



Autismus-Therapie-Zentrum

Datum:

Bleichstraße 185

33607 Bielefeld

Anamnese

Dieser Fragebogen soll den Therapeuten und den Beratern einen Überblick über die Entwicklung, die gegenwärtige Situation und die Probleme Ihres Kindes ermöglichen. Er erleichtert die Beratung und die Behandlung; Ihnen erspart er Zeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Personalien

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Pflegestufe: _____ Konfession: _____

Email: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familie

Vor- und Nachname des Vaters:

Vor- u. Nachname der Mutter:

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Beruf: _____

Eltern verheiratet/ getrenntlebend/ geschieden/ verwitwet

Sorgerecht: _____

Geschwister

Anzahl _____

Brüder _____

Schwestern _____

Name und Geburtsdatum der Geschwister:

Behandelnder Arzt _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Medikamente: _____

Kindergarten: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

von: _____ bis: _____

Gruppenleitung: _____

Schule: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Schulform: _____

Klasse zur Zeit: _____

von: _____ bis: _____

Klassenlehrer/in: _____

Welche Sorgen macht Ihnen Ihr Kind?

Sind Diagnosen gestellt worden? Wenn ja, welche und durch wen?

(Bitte Kopien der Berichte beilegen!)

Wurde Ihr Kind schon therapeutisch behandelt? Wenn ja, in welcher Form und durch wen?

Klinikaufenthalte:

Wo? _____

Wann? von: _____ bis: _____

Warum?

Wann wurden Auffälligkeiten bemerkt?

Welche?

Durch wen?

Individuelle Gewohnheiten:

Individuelle Stereotypien („Tics“)
