

1) Zur Person des Betroffenen (wird vertraulich behandelt)

Name, Vorname (freiwillig)	Bundesland
Geschlecht : <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Alter :
Email-Adresse (freiwillig)	
<input type="checkbox"/> Ich möchte gerne die Ergebnisse der Umfrage bekommen (nur mit Email-Adresse!)	

2) In welchem Alter wurde die Diagnose Autismus festgestellt?

3) Welche Autismus-Art

<input type="checkbox"/> Kanner Autismus (tritt bis 3. Lebensjahr auf)
<input type="checkbox"/> Asperger Autismus (etwa nach 3. Lebensjahr auffällig)
<input type="checkbox"/> sonstige Welche? _____
<input type="checkbox"/> Keine Angaben

4) Hörstatus

<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> schwerhörig
-----------------------------------	--------------------------------------

5) Sind die Eltern hörgeschädigt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

6) Geschwister des Betroffenen

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> ja, Anzahl
<input type="checkbox"/> davon Autismus
<input type="checkbox"/> davon hörgeschädigt

7) Wer ist die wichtigste Bezugsperson des Betroffenen?

Mehrauswahl möglich

- Elternteile
- Erzieher
- Erzieher mit Gebärdensprache-Kompetenz (auch wenig)
- Betreuer (z.B. Zivildienstleistende)

8) Kindergartenbesuch

Mehrauswahl möglich

- Kindergarten für Hörgeschädigte
- Kindergarten für Hörgeschädigte **und** Mehrfachbehinderte
- Kindergarten für Geistigbehinderte
- Sonstige _____

9) Schulbesuch

Mehrauswahl möglich

- Schule für Hörgeschädigte
- Schule für Hörgeschädigte **und** Mehrfachbehinderte
- Schule für Geistigbehinderte
- Sonstige _____

10) Wieviele Schulwechsel hat der Betroffene vollzogen?

- keine
- ja, Anzahl:

11) Hat der Betroffene eine gute Förderung von der Schule bekommen?

- Nein
- Ja, welche: _____

12) Schwierigkeit im Alltag

- Nein
- Ja, welche: _____

13) Hat der Betroffene eine Gebärdensprache-Kompetenz?

- Nein
- Ja, bis 10 Gebärden
- Ja, bis 50 Gebärden
- Ja, mehr als 50 Gebärden

14) Wo wohnt der Betroffene während der Schulzeit?

- Elternhaus
- Internat (Ferien => Elternhaus)
- Heim (ganzjährig)

15) Stärke des Betroffenen

16) Schwäche des Betroffenen

17) Wurde der Betroffene schon behandelt?

- Krankenhaus/ Uniklinik (z.B. EEG)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Sonstige _____
- Nein

18) Nimmt der Betroffene regelmäßig Medikamente?

- Ja
- Nein

19) Hatten Sie schon Kontakt mit der Ambulanz "Hilfe für das autistische Kind" oder dem Autismus-Zentrum?

Ja Nein

20) Hat der Betroffene schon eine Therapie gemacht?

PESC (Bildkarten - Kommunikation) TEACCH
 Affolter Ergotherapie
 Hippotherapie (Reittherapie) keine
 Sonstige _____

Weitere Fragen für Erwachsene (NACH der Schulzeit)

21) In welchem Alter wurde der Betroffene aus der Schule entlassen?

22) Hat der Betroffene einer Arbeit?

Nein Ja, wobei: _____

23) Wo wohnt der Betroffene zurzeit?

Elternhaus
 Gehörlosenheim
 "Nicht-Gehörlosen"-Heim

24) Benutzt der Betroffene das Programm von

PESC (Bildkarten - Kommunikation) TEACCH
 Affolter keine Angaben

24) Wünsche oder Äußerung von Bezugspersonen

Vielen Dank für ihre Mithilfe!