



Erhebungsbogen Autismus

Patient/Patientin:

geb.:

Patientennummer:

Alter des Kindes/Jugendl: _____ Datum: _____

beurteilt von: Vater Mutter Lehrer/in Erzieher/in anderer Person: _____

Bitte kreuzen Sie passendes an:

- spiegelt die Mimik der Eltern nicht (z.B. Lächeln)
 - zeigt nicht auf Gegenstände
 - stereotype Bewegungen und Handlungen (z.B. Finger und Handwedeln)
 - streckte als Kleinkind den Eltern nicht die Ärmchen entgegen
 - unangemessene, heftige Wutausbrüche oder Trotzreaktionen
 - hat mehr Interesse für Dinge/Tiere als für Menschen
 - kein Verständnis für Rollenspiele
 - verwechselt beim Sprechen ich mit du, er, sie, es
 - Echolalien (sinnentleertes Nachsprechen)
 - auffälliges Armflattern oder Hüpfen bei Erregung
 - kann Mimik und Gestik nicht richtig interpretieren
 - zeigt wenig Mitgefühl
 - versteht Ironie oder Redewendungen nicht
 - eingeschränkte, spezielle Interessen
 - auffällig gute Merkfähigkeit
 - motorische Ungeschicklichkeit (Laufen, Fahrradfahren, Balancieren...)
 - über- oder unterempfindliche Sinneswahrnehmung (Schmecken, Riechen, Sehen, Fühlen, Hören)
(! wenn ja, bitte auf der Rückseite erläutern!)
 - richtet Blick nicht auf Dinge, die andere sich ansehen
 - fehlender oder unsicherer Blickkontakt
 - setzt Mimik und Gestik selbst nicht adäquat ein
- ! sonstige autismusverdächtige Symptome und Verhaltensweisen bitte auf Rückseite kommentieren!