

## 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!**