

Autismus Diagnostik in Oberbayern Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beraten Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen über Stellen, die eine qualifizierte und anerkannte Diagnose aus dem Formenkreis der Autismus-Spektrum-Störungen geben können. Um unsere Klienten gut beraten zu können erstellen wir eine Übersicht zu diagnostizierenden Institutionen und Praxen.

Wenn Sie berechtigt sind eine rechtsgültige Diagnose zu stellen und an der Weitergabe Ihrer Daten interessiert sind (siehe letzte Seite) bitten wir Sie, diesen Fragebogen für Ihre Praxis bzw. Einrichtung auszufüllen und **unterschieden** zu senden an

Autismus Kompetenzzentrum Oberbayern gemeinnützige GmbH
Eisenacher Straße 10
80804 München

oder den eingescannten Fragebogen (mit Unterschrift) an

info@autkom-obb.de

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 089/452 25 87-0 zur Verfügung.

Bitte reichen Sie diesen Fragebogen auch an weitere Professionelle im Bereich Medizin und Psychologie weiter, welche mit der Diagnostik von Autismus vertraut sind.

Vielen Dank!

A. Allgemeine Angaben zur Praxis/Klinik

1. Name, Kontaktdaten

Name der Praxis/Klinik			
Leiter/in			
Straße, Nr.			
PLZ, Ort	PLZ	Ort	
Tel.			ggf. Postfach
E-Mail			
Homepage			

Autismus Diagnostik in Oberbayern Fragebogen

C. Autismus Diagnostik

1. Welche spezifischen Diagnostik-Leistungen bietet Ihre Praxis/Klinik an? Zutreffendes bitte ankreuzen

	Trifft zu
Diagnostik der allgemeinen Entwicklung	<input type="radio"/>
Psychiatrische und neurologische Differential- und Komorbiditätsdiagnostik	<input type="radio"/>
Screening-Fragebögen: Wenn ja welche?	<input type="radio"/>
Autismusspezifische standardisierte Verfahren:	
CHAT/M-CHAT	<input type="radio"/>
ADI	<input type="radio"/>
ADOS	<input type="radio"/>
SRS	<input type="radio"/>
SEAS-M	<input type="radio"/>
AQ/EQ	<input type="radio"/>
MBAS	<input type="radio"/>
ASDI	<input type="radio"/>
AAA	<input type="radio"/>
Andere: Welche?	
Weitere Tests:	
Intelligenz	<input type="radio"/>
Sprachentwicklung	<input type="radio"/>
Andere: Welche?	<input type="radio"/>

2. Welche Berufsgruppen sind bei der Diagnostik beteiligt? Zutreffendes bitte ankreuzen

	Trifft zu
Ärztliche/r Psychotherapeut/in	<input type="radio"/>
Dipl.-Psychologe/in, Psychologische/r Psychotherapeut/in	<input type="radio"/>
Sozialpädagoge/in	<input type="radio"/>
Logopäde/in	<input type="radio"/>
Sonstige:	<input type="radio"/>

Autismus Diagnostik in Oberbayern

Fragebogen

D. Einzugsgebiet/Zuständigkeit

Landkreis	Trifft zu
Altötting	<input type="radio"/>
Bad Tölz- Wolfratshausen	<input type="radio"/>
Berchtesgadener Land	<input type="radio"/>
Dachau	<input type="radio"/>
Ebersberg	<input type="radio"/>
Eichstätt	<input type="radio"/>
Erding	<input type="radio"/>
Freising	<input type="radio"/>
Fürstenfeldbruck	<input type="radio"/>
Garmisch-Partenkirchen	<input type="radio"/>
Landsberg am Lech	<input type="radio"/>
Miesbach	<input type="radio"/>
Mühldorf am Inn	<input type="radio"/>
München	<input type="radio"/>
Neuburg-Schrobenhausen	<input type="radio"/>
Pfaffenhofen an der Ilm	<input type="radio"/>
Rosenheim	<input type="radio"/>
Starnberg	<input type="radio"/>
Traustein	<input type="radio"/>
Weilheim-Schongau	<input type="radio"/>
Alle Landkreise	<input type="radio"/>
in anderen Regierungsbezirken	<input type="radio"/>
in anderen Bundesländern	<input type="radio"/>
über Deutschland hinaus	<input type="radio"/>

Autismus Diagnostik in Oberbayern Fragebogen

Wenn von Ihnen gewünscht, bitte ankreuzen:

<input type="radio"/>	Ich bin damit einverstanden, dass diese Informationen zum Zwecke der Beratung von Betroffenen und Angehörigen an den Bundesverband autismus Deutschland e.V. und andere Einrichtungen und Personen, welche auf der Suche nach einer Diagnosestellung sind weitergegeben werden.
-----------------------	---

<input type="radio"/>	Ich bin an einer Kooperation mit dem Autismuskompetenzzentrum Oberbayern interessiert, daher möchte ich regelmäßig Informationen per e-Mail erhalten (z.B. Veranstaltungshinweise). Nähere Infos: www.autkom-obb.de
-----------------------	---

<input type="radio"/>	Ich bin an einer Kooperation mit dem Autismuskompetenznetzwerk Oberbayern (akn) interessiert, daher bitte ich um Weitergabe meiner Daten an den Vorstand des akn. Nähere Infos: www.akn-obb.de
-----------------------	---

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!