
Fragebogen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung

Warum ist der Fragebogen wichtig?

Es gibt Situationen die nicht verhindert werden können. Zum Beispiel werden Eltern älter und können sich irgendwann nicht mehr um die eigenen Kinder kümmern.

Außerdem ist es normal und gut, dass Kinder wenn Sie erwachsen sind nicht mehr bei den Eltern leben.

Dieser Bogen enthält Fragen zum persönlichen Lebenslauf. Mit der Beantwortung der Fragen können Sie Ihre persönliche Lebensvorstellungen und –erfahrungen festhalten, so dass Sie bei Bedarf angemessen in Ihren Belangen unterstützt werden können. Dies ist besonders dann wichtig, wenn Eltern, Familie oder andere Bezugspersonen – altersbedingt oder aus anderen Gründen - keine Hilfestellung mehr leisten können.

Es steht Ihnen völlig frei, diesen Bogen auszufüllen. Alle Angaben sind freiwillig.

Für wen ist der Fragebogen wichtig?

Der Fragebogen richtet sich an Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung, die sich über ihre Zukunft Gedanken machen. Er richtet sich an Menschen, die alleine oder bei den Eltern wohnen, aber auch an Menschen, die in Einrichtungen leben.

Wie wird der Fragebogen angewendet?

Den Fragebogen können Sie selbst beantworten, eventuell durch Mithilfe einer vertrauten Person oder der Eltern. Sie können auch eine andere Bezugsperson (z.B. einen Betreuer, der Sie vielleicht jetzt schon ambulant betreut oder einen rechtlichen Betreuer) hinzuziehen¹. In jedem einzelnen Abschnitt können zusätzlich Wünsche, Ergänzungen und Bemerkungen angeführt werden, die nicht in das vorhandene Schema passen. Sie können nur einzelne Teile ausfüllen oder auch nur bestimmte Fragen beantworten.

Wo erhalte ich Unterstützung beim Ausfüllen?

Die Mitarbeiter der Autismuskompetenzzentrums Oberbayern (autkom), und des Verein autismus Oberbayern, unterstützen Sie beim Ausfüllen des Fragebogens, wenn Sie dies wünschen. Die Angebote von autkom und autismus Oberbayern sind für Betroffene, Angehörige und Professionelle kostenlos. Eine Beratung kann auch bei Ihnen vor Ort erfolgen. Weitere Informationen erhalten Sie unter:

Autismuskompetenzzentrum Oberbayern gemeinnützige GmbH

Kontakt- und Beratungsstelle

Eisenacher Straße 10 (Eingang Wartburgplatz), 80804 München

Tel: 089 4562267-0

Fax: 089 4522587-19

Öffnungszeiten Mo-Fr 9:00-15:00 Uhr

E-Mail: info@autkom-obb.de

¹ Es gibt einen Unterschied zwischen einem gesetzlichen Betreuer und einem Betreuer als Bezugsperson. Der gesetzliche Betreuer hat bestimmte Aufgaben, die er verpflichtend übernehmen muss (gerichtliche Verbindlichkeit). Ein Betreuer als Bezugsperson kümmert sich im Alltag um den autistischen Menschen.

Web: www.autkom-obb.de

autismus Oberbayern e.V.

Vereinigung zur Förderung von autistischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Poccistr. 5, 80336 München

Tel. 089 / 7465 4194

Fax 089 / 7465 4195

E-Mail: mail@autismus-oberbayern.de

Web: <http://www.autismus-oberbayern.de>

Wo finde ich den Fragebogen?

Auf der Homepage des akn (www.akn-oberbayern.de) sowie auf den Internet-Seiten der Mitglieder des Netzwerkes.

Wo soll der Fragebogen aufbewahrt werden?

Der erarbeitete Bogen soll unter höchster Sorgfalt aufbewahrt werden, da er viele persönliche Daten enthält. Wo Sie den ausgefüllten Fragebogen aufbewahren, müssen Sie selbst entscheiden. Bei der Entscheidung kann Ihnen auch Ihr gesetzlicher Betreuer Hilfestellung geben.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, unter anderem:

- bei Ihrer Familie oder bei ihrer Bezugsperson
- bei einem gesetzlichen Betreuer
- bei einer Person Ihres Vertrauens
- bei einem Testamentsvollstrecker oder Notar
- in der Einrichtung, in der Sie untergebracht sind
- bei Ihren eigenen Unterlagen

Sinnvoll ist es, den ausgefüllten Fragebogen in Kopie bei mehreren Stellen aufzubewahren, eventuell auch beim zuständigen Nachlassgericht.

Wer hat den Fragebogen erstellt?

Dieser Fragebogen wurde in Zusammenarbeit von Mitgliedern des Autismuskompetenz Netzwerk (akn) im Rahmen des Fachausschusses „Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung nach dem erwerbsfähigem Alter“ erstellt. Beteiligt waren Vertreter der Einrichtungen Autismuskompetenzzentrum Oberbayern gemeinnützige GmbH, autismus Oberbayern e.V. und Stiftung Attl. Auch war die Autismus Stiftung Oberbayern bei der Erstellung beteiligt.

Fragebogen

Inhaltsverzeichnis

1. Persönliche Daten
2. Wichtige Telefonnummern
3. Gesundheit
4. Lebenslauf
 - a. Schule
 - b. Arbeit
 - c. Familie / Freunde
 - d. Freizeit / Urlaub
 - e. Essen
 - f. Prägende Ereignisse
5. Weitere Informationen
6. Wirtschaftliche Situation
7. Vorsorgeunterlagen

1. Persönliche Daten

Meine Kontaktdaten

Nachname, Vorname

ggf. Geburtsname

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Handynummer

E-Mailadresse

Ich bin geboren am

_____ in
Geburtstag
Geburtsdatum

in

_____, _____
Geburtsort
Geburtsort

_____ *Geburtsland*

Staatsangehörigkeit

Muttersprache

Dialekt

ich spreche oder verstehe folgende Sprachen

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden

- Anmerkungen

Religion

Ich gehöre folgender Religion an

Meine Religion hat bei mir folgenden Stellenwert gering hoch sehr hoch

Religiöse Rituale Sind mir wichtig ja nein

Folgende Rituale sind mir wichtig

Vollmacht

Ich habe eine Vollmacht erteilt an

Nachname, Vorname

ggf. Kontaktdaten

Für den Bereich

diese wurde notariell beglaubigt ja nein

Gesetzliche Betreuung

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer/eine gesetzliche Betreuerin Ja Nein

Name, Vorname	Anschrift	Telefon, Mobil	E-Mailadresse

Der Aufgabenkreis meines gesetzlichen Betreuers/bzw. des Bevollmächtigten umfasst derzeit:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden
- Einwilligungsvorbehalt
- Abschluss/ Kontrolle des Wohn- und Betreuungsvertrages mit der Einrichtung
- Regelung von Postangelegenheiten
- Organisation der ambulanten Versorgung

Derzeitige Wohnsituation

- selbständiges Wohnen ohne Hilfe / Unterstützung
- selbständiges Wohnen (auch in WG) mit Hilfe / Unterstützung
 - Ja, ich erhalte ambulante Unterstützung von
- Wohne bei meiner Familie
- Wohne bei einer Bezugsperson
- Wohne in einer Einrichtung (stationär)
- Sonstiges

Lebensform

- Alleine lebend
- Zusammen mit Partner
- WG
- Zusammen mit Eltern
- Kindern
- Anderen Bezugspersonen
- Einrichtung stationär
- Sonstiges

Ich arbeite derzeit

- selbständig, als

- In der Firma / Einrichtung / Werkstätte

- Sonstiges

Ich bin derzeit

- arbeitslos
- arbeitsunfähig
- Rentner/in

Ich erhalte

- Arbeitsassistenz
- Sonstige Unterstützung

2. Wichtige Telefonnummern

Meine nächsten Angehörigen / Bezugspersonen

Name, Vorname	Beziehung (wie Eltern, Geschwister, Lebenspartner, Kinder, Freunde)	Anschrift (Straße / PLZ)	Telefon, Mobil	E-Mailadresse

In meine Wohnung kann im Notfall (Schlüssel hinterlegt)

(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

3. Gesundheit

Diagnose: „Autismus - Spektrum-Störung“

Folgende Diagnose aus der Autismus-Spektrum-Störung wurde bei mir festgestellt:

- Autismus-Spektrum-Störung
- Frühkindlicher Autismus / Kanner Autismus
- High Functioning Autismus
- Asperger Autismus
- Atypischer Autismus
- Sonstiges

Die Diagnose wurde im Alter von _____ erstellt

Die Diagnose wurde erstellt von _____

(Klinik / Arzt)

Zusätzlich wurde eine geistige Behinderung festgestellt

- Ja Nein

**Ich habe noch folgende andere Behinderungen/chronische Krankheiten /
Beeinträchtigungen**

(z.B. ADHS, Epilepsie, Bluthochdruck, Hepatitis, Diabetes, Asthma, Körperliche
Behinderung)

Allergisch reagiere ich auf

(z.B. Nahrungsmittel)

Ich habe Probleme beim

- | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Schmecken |
| <input type="checkbox"/> Riechen | <input type="checkbox"/> Gleichgewicht | <input type="checkbox"/> Motorik |

Ich habe Prothesen

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille vorhanden | <input type="checkbox"/> weitsichtig |
| <input type="checkbox"/> kurzsichtig | |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden | |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen | |

Ich bin besonders

- schmerzüberempfindlich
- schmerzunempfindlich
- Sonstiges

Mein Gesundheitszustand hat sich in letzter Zeit

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> keine Veränderung |
|-------------------------------------|---|--|

Ich bin derzeit in laufender Behandlung bei

Hausarzt
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Psychologen
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Psychiater
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Neurologen
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Orthopäden
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Internisten/Urologen/ Gynäkologen
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Zahnarzt
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Sonstige (z.B. HNO, Augenarzt, Hautarzt)
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Sonstige
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Sonstige
(Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Folgende Vorsorgeuntersuchungen müssen regelmäßig gemacht werden

(Impfungen, z.B. Augenarzt, Hautarzt, HNO, Zahnarzt)

Bei Arztbesuchen ist folgendes zu beachten

(z.B. bei Narkose, Röntgen, Begleitung erforderlich, Vorbereitung des Gespräches)

Folgende Medikamente muss ich regelmäßig einnehmen

Bei Medikamente lege ich Wert auf *(z.B. bevorzuge homöopathische Mittel)*

Bei Medikamenten ist zu beachten *(z.B. Unverträglichkeit von Medikamente)*

Therapie

derzeit nehme ich folgende Therapie(n) wahr

- Psychotherapie
- Krankengymnastik / Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sozialtraining
- Sonstige Therapien

Folgende Therapien habe ich bereits ausprobiert, haben mir gut getan

Folgende Therapien habe ich bereits ausprobiert, haben mir nicht gut getan

Lebenslauf (bei Bedarf Anlage zufügen)

Herkunftsfamilie / Meine Eltern

(Name, Vorname von Eltern, Geschwistern; Kontaktdaten; Informationen über Beruf, Lebensdaten, Geburtsdatum, Beziehung)

Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter

(z.B. Ereignisse, Probleme)

Lebenspartner

(Name, Vorname Kontaktdaten; Informationen über Beruf, Lebensdaten, Geburtsdatum, Beziehung)

Kinder

(Name, Vorname; Kontaktdaten; Informationen über Beruf, Lebensdaten, Geburtsdatum, Beziehung)

Freunde

(Name, Vorname; Kontaktdaten; Informationen über Beruf, Lebensdaten, Geburtsdatum, Beziehung)

Schule

(z.B. auf welcher Schule war ich, welchen Abschluss habe ich)

Ausbildung / Studium

(z.B. Erlerner Beruf, Abschluss, Titel)

Berufstätigkeit

(z.B. in welchen Firmen / Bereichen ich gearbeitet habe, ausgeübter Beruf, als was ich gearbeitet habe, wann ich wo gearbeitet habe, was mir besonders bei der Arbeit Spaß gemacht hat)

Wohnen

(z.B. wo ich bis jetzt gewohnt habe (Orte), wann und wie lange, von wem ich Unterstützung hatte, wo es mir besonders gut gefallen hat, Wohnung, Haus, Garten, Balkon)

Freizeit

(z.B. was ich gerne mache, Hobbys, Interessen, Musik, Tiere, Sammelleidenschaften, Ausflüge, Orte) Vereinsstätigkeit, Ehrenamt)

Urlaub

(z.B. wo ich gerne im Urlaub war, gibt es Fotos?)

Prägende Ereignisse

(positiv wie negativ, z.B. besonders schöne Erlebnisse oder seelische Verletzungen,)

Themen, über die ich nicht gerne spreche

Themen, über die ich gerne spreche, die mich interessieren oder mich begeistern

5. Gewohnheiten

Im Tagesablauf (z.B. wichtige Gewohnheiten zu, bestimmten Uhrzeiten),

Morgens	
Mittag	
Abends	
Nachts	

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollten

Zur Entspannung	
Zum Einschlafen	
In Stresssituationen	
In Pflegesituationen	

Termine mit besonderer Bedeutung für mich

(z.B. Jahrestage, Feiertage, Geburtstage)

Ich freue mich besonders über

6. Weitere Informationen

Kontakt zu anderen Menschen

(z.B. ich habe / hatte Freunde, diese sind mir wichtig, in sozialen Situationen fällt mir schwer)

Nähe und Distanz

- Ich mag Körperkontakt
- Ich halte lieber Abstand zu anderen Menschen
- Ich kann beides nicht einschätzen
- Ich suche Nähe/brauche Hilfe, wenn...

Sinneseindrücke (*hören, sehen, fühlen, schmecken*)
(*tut mir gut / nicht gut u.a. dunkles/helles Licht, Gerüche, Lautstärke*)

Motorik Bewegung
(*z.B. gerne viel / wenig Bewegung, Vorlieben, Abneigungen*)

Bereich der Gefühle
(*z.B. ich freue mich über, ich bin glücklich wenn, ich bin wütend wenn, ich bin traurig wenn,)*)

Bereich Kommunikation

Sprach- und Sprechfähigkeit ist...

- Weitgehend vorhanden
- Kurze Sätze können gebildet werden
- Sehr eingeschränkt z.B. einzelne Worte

- ich kann nicht sprechen, ich kommuniziere über
 - keine gestützte Kommunikation
 - gestützte Kommunikation PECS andere Methoden der UK
 - Sonstiges

Verstehen von Sprache:

- möglich
- Kurze Fragen werden verstanden
- Sehr eingeschränkt z.B. bestimmte Worte
- Sprachverständnis fehlt
- Gesten werden verstanden
 - Sonstiges

Anmerkungen

(z.B. mir fällt es schwer, mich auf fremde Themen einzulassen, ich habe Probleme Fragen zu verstehen, ich kann andere Menschen nicht/schwer anschauen ... Echolalien, Blickkontakt, Tonfall, Unterhaltungsthemen, Kontaktverhalten)

Lebenspraktischer Bereich

z.B. Umgang mit Körperpflege (z.B. benötige Hilfe bei ... was mag ich nicht, gerne Baden, Duschen)

z.B. Umgang mit Kleidung (z.B. was ich gerne/nicht gerne trage)

z.B. Essen/Kochen (z.B. Gerichte und Getränke, die ich gerne/nicht gerne mag, was beachtet werden soll,
Kochen gerne, nicht gerne)

Ich habe Angst vor

(z.B. Begegnungen mit Hunden oder anderen Tieren, besonderen Situationen)

Hilfen(Umfang und Art) :

Hilfen benötige ich in folgenden Bereichen:

	Täglich	wöchentlich	monatlich	bei Bedarf
in der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Gestaltung meiner Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei meiner Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Aufräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Geldangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Umgang mit Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Umgang mit Versicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Umgang mit anderen organisatorischen Angelegenheiten wie u.a. Miete, Abonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strukturierende Maßnahmen:

Ich brauche Hilfe

- bei der Planung meiner Zeit,
- um Prioritäten zu setzen
- Entscheidungsfindung
- Sonstiges

7. Wirtschaftliche Situation

Schwerbehindertenausweis

- Ich habe einen Schwerbehindertenausweis
 mit dem Grad der Behinderung von Merkzeichen
 Bis wann gültig:

Ich erhalte aktuell

- Gehalt / Arbeitslohn / Werkstattlohn
 Rente
 Erwerbsminderungsrente
- Ich erhalte Unterstützung durch Dritte
 Es gibt Regelungen über Taschengeld, Kleidergeld
 Es gibt Regelungen über mein Schonvermögen

Ich beziehe Geld / Leistungen von

Kostenträger	Name	Anschrift (Straße / PLZ)	Mitgliedsnummer /
Pflegekasse			
Krankenkasse			
Beihilfe			
ALG I			
ALG II			
Unfallversicherung			
Eingliederungshilfe (SGB XII)			
Grundsicherung			
Sonstiges			

Pflegestufe	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wurde beantragt am				
Genehmigt bis				

Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI)	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> 200
---	------------------------------	------------------------------

Wurde beantragt am	
Genehmigt bis	

Erbe

Ich habe Erbsprüche

- Ja Nein unbekannt

Ich habe folgende Zusatzversicherungen

(z.B. Krankenhaustagegeldversicherung, Zahnversicherung, Brillenversicherung)

8. Vorsorgeunterlagen

- Ich habe ein Testament gemacht
 - Ja Nein
- Ich habe eine Patientenverfügung
 - Ja Nein
- Ich habe eine Vorsorgevollmacht
 - Ja Nein
- Ich habe eine Betreuungsverfügung
 - Ja Nein

Es ist empfehlenswert, diesem Fragebogen folgende Anlagen beizufügen:

Nur Kopie!

- Diagnoseschreiben (Autismus)
- Schwerbehindertenausweis

Der Fragebogen und die angegebenen Anlagen sind aufbewahrt:

- in meinen eigenen Unterlagen
- bei meinem rechtlichen Betreuer
- bei meiner Familie (Ansprechpartner)
- bei einer Bezugsperson / Freunde
- bei dem Testamentsvollstrecker, Herrn/Frau

- bei der Einrichtung, in der ich lebe

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von

(Name, Vorname, Adresse)

Beim Ausfüllen des Bogens hatte ich Unterstützung

- von niemanden
- von

(Name, Vorname, ggf. Adresse, Tel.-Nr., Handy, E-Mailadresse, ggf. Einrichtung)

Ort, Datum:

ggf. Unterschrift:

Es empfiehlt sich, den Fragebogen in regelmäßigen Zeitabständen (z.B. jährlich) zu überprüfen. Dieser Fragebogen wurde aktualisiert von am .