

## Fragebogen zur Erstberatung

Liebe Eltern und Anfragende,

bitte füllen Sie die untenstehenden Fragen so gut wie möglich aus. Wir melden uns telefonisch bei Ihnen, um mögliche Fragen Ihrerseits zu unserem Förderangebot zu klären und fehlende Informationen zu ergänzen.

### 1 (Hinweis: Bei O bitte zutreffendes ankreuzen)

#### 1. Allgemeine Daten:

|  |  |
|--|--|
| <b>Kind:</b><br>Name:<br>Geschlecht: m O / w O / d O<br>Geburtsdatum:<br>Anschrift:<br><br>Telefon:  | <b>Besuchte Institution:</b><br>Kita O / Schule O / Beruf O<br><br>Anschrift:<br><br>Ansprechpartner:<br>Telefonnummer:  |
| <b>Eltern:</b><br>Name der Mutter:<br>Geburtsdatum:<br>Beruf:<br>Berufstätig: Ja O / Nein O<br>Sorgeberechtigt: Ja O / Nein O<br>Adresse (falls abweichend vom Kind):<br>Telefon:<br>E-Mail-Adresse: | Name des Vaters:<br>Geburtsdatum:<br>Beruf:<br>Berufstätig: Ja O / Nein O<br>Sorgeberechtigt: Ja O / Nein O<br>Adresse (falls abweichend vom Kind):<br>Telefon:<br>E-Mail-Adresse: |
| <b>Geschwister:</b><br>Name:<br>Geburtsdatum:  | Name:<br>Geburtsdatum:   |
| Name:<br>Geburtsdatum:   | Name:<br>Geburtsdatum:   |

# OBERLIN TEILHABEWELTEN

2. Welche Sprachen werden bei Ihnen zuhause gesprochen? Welche Sprachen sprechen Sie? Welche versteht/ spricht Ihr Kind?

3. Gibt es andere Personen, die an der Erziehung des Kindes wesentlichen Anteil haben? (zum Beispiel Oma/ Opa, Onkel/Tante, Nachbarn, Babysitter, Einzelfallhelfer...)

4. Was kann Ihr Kind besonders gut? Was mag es gerne?

5. Was fällt Ihrem Kind aktuell besonders schwer?

# OBERLIN TEILHABEWELTEN

6. Haben Sie Wünsche oder Vorstellungen darüber, was wir für Sie und Ihr Kind tun können?

7. Welche Ursachen für die Auffälligkeiten Ihres Kindes halten Sie für wahrscheinlich?

8. Hat Ihr Kind (eine) ärztliche Diagnose/n? Ja  / Nein

**Diagnose:**

(Gutachten/Berichte -wenn möglich- in Kopie beifügen: Ja  / Nein )

9. Wann und wo wurde/n diese Diagnose/n gestellt?

(Gutachten/Berichte -wenn möglich- in Kopie beifügen: Ja  / Nein )

10. Hatten Sie bereits Kontakt zum Jugendamt?

Name:

Telefonnummer:

Emailadresse:

Wenn Sie bisher noch keinen Kontakt zum Jugendamt hatten, wenden Sie sich bitte an das Jugendamt in Ihrem Bezirk und fragen wer für Ihr Kind zuständig ist.

# OBERLIN TEILHABEWELTEN

11. Gibt es eine Personenkreiszuordnung für Ihr Kind?

|  |
|--|
|  |
|--|

12. Gibt es eine Förderempfehlung für Ihr Kind?

|  |
|--|
|  |
|--|

13. Haben Sie bzw. Ihr Kind bereits therapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen (z.B. Logopädie, Ergotherapie, allgemeine heilpädagogische Frühförderung o. Ä.)?

Ja  / Nein

14. Welcher Art waren diese Maßnahmen und dauern diese derzeit noch an?

|                   |
|-------------------|
| <b>Maßnahmen:</b> |
|                   |

15. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja  / Nein

|   |
|---|
| <b>Wenn ja, Name und Dosis der Medikamente:</b> |
|   |

16. Hat ihr Kind längere Aufenthalte in therapeutischen Einrichtungen verbracht (zum Beispiel Kuraufenthalte oder stationäre Aufenthalte)? Ja  / Nein

| <b>Name der Einrichtung:</b> | <b>Dauer des Aufenthaltes:</b> |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1.                           | 1.                             |
| 2.                           | 2.                             |
| 3.                           | 3.                             |

# OBERLIN TEILHABEWELTEN

17. Welche Fragen haben Sie an die Erstberatung?

18. Über wen haben Sie von uns erfahren?

Wir sind damit einverstanden, dass der Kooperationsverbund Autismus Berlin oben gemachte Angaben zu Beratungszwecken verwenden kann (lt.§6 DSGVO-EKD).

Datum, Unterschrift

---

**ausgefüllt bitte zurücksenden an:**

Oberlin Teilhabewelten Berlin  
Kooperationsverbund Autismus  
Kolonnenstraße 26  
10829 Berlin

**oder** per E-Mail an: [autismus.teilhabewelten@oberlinhaus.de](mailto:autismus.teilhabewelten@oberlinhaus.de)