

Dokument

Anamnesebogen Autismus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Sie haben uns um die ambulante Abklärung einer möglichen Autismus-Spektrum-Störung gebeten.

Diesbezüglich möchten wir Ihnen vorab einige Fragen zukommen lassen.

Zunächst bitten wir Sie, uns Informationen zu Ihrer Person zu geben.

1. Name, Vorname	
2. Geburtsdatum	__ . __ . ____
3. Kontaktdaten	☐ E-Mail: _____ ☐ Telefon: _____ ☐ Handy: _____ ☐ Anschrift: _____
4. Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers
5. Familienstand	☐ Ledig ☐ In Partnerschaft / Verheiratet ☐ Getrennt / Geschieden / Verwitwet
6. Anzahl der Kinder	☐ Keine leiblichen/adoptierten Kinder ☐ Ein leibliches/adoptiertes Kind ☐ Zwei leibliche/adoptierte Kinder ☐ Mehr als 2 leibliche/adoptierte Kinder
7. Muttersprache	
8. Staatsangehörigkeit	
9. Haben Sie eine/n gesetzliche/n Betreuer*In?	
10. Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?	



11. Höchster erreichter Schulabschluss	☐ Keiner ☐ Sonderschule ☐ Mittelschule ohne qualifizierenden Abschluss ☐ Mittelschule mit qualifizierendem Abschluss ☐ Mittlere Reife ☐ Abitur ☐ Sonstiges: _____
12. Dauer der Ausbildung insgesamt	_____ Jahre
13. Arbeitsverhältnis	☐ Berufstätig, Vollzeit ☐ Berufstätig, Teilzeit ☐ Berufstätig, gelegentlich ☐ In Ausbildung/Umschulung/Reha ☐ Schule/Studium ☐ Arbeitslos ☐ Berentet/Pensioniert ☐ Beschützt beschäftigt
14. Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche durchschnittlich?	_____ Stunden pro Woche erwerbstätig

Bitte machen Sie jetzt einige Angaben zu früheren Krankheitsphasen, Ihrer aktuellen Symptomatik und dem Anlass Ihrer Kontaktaufnahme mit uns.

**Befinden Sie sich aktuell in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung?
Wenn ja, bei wem und mit welchen therapeutischen Zielen?**

Befanden Sie sich zu einem früheren Zeitpunkt in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bei wem und mit welchen therapeutischen Zielen?

Befanden Sie sich zu einem früheren Zeitpunkt in stationärer psychiatrischer und/oder psychosomatischer Behandlung? Wenn ja, in welcher Klinik und mit welchen therapeutischen Zielen? (falls ja: Befundberichte mitbringen)

Welche Symptome oder auch sonstigen Probleme im privaten/sozialen/beruflichen Bereich (egal ob diese mit einer möglichen Autismus-Spektrum-Störung oder auch sonstigen psychischen Störungen assoziiert sein könnten) haben Sie aktuell, können Sie aktuell an sich beobachten oder wurden Ihnen aktuell von anderen Personen rückgemeldet?

Welche Schwierigkeiten haben Sie im Umgang / bei der Interaktion mit oder auch in der Kommunikation mit anderen Menschen?

Welche Schwierigkeiten haben andere Menschen im Umgang / bei der Interaktion mit oder auch in der Kommunikation mit Ihnen?

Aus welchem Grund / aufgrund welchen Anlasses (Symptome, Konflikte, Lebensumstände, etc.) haben Sie sich aktuell bei uns für die Autismus-Diagnostik angemeldet?

Kommen Sie auf eigene Initiative oder wurde Ihnen die Autismus-Diagnostik von jemandem nahegelegt bzw. empfohlen??

Was würden Sie sich von einer Diagnose „Autismus Spektrum Störung“ erwarten? Welche „Vorteile“ und welche „Nachteile“ dürfte diese für Sie haben?

Im Folgenden fragen wir im Detail nach, welche körperlichen / somatischen Erkrankungen oder Symptome Sie haben.

Leiden Sie aktuell unter körperlichen Erkrankungen?

Litten Sie in der Vergangenheit unter körperlichen Erkrankungen?

Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, warum?

Wurde bei Ihnen jemals eine Epilepsie diagnostiziert?

Konsumieren Sie Tabak / Alkohol / verschreibungspflichtige Medikamente / sonstige Substanzen? (Bitte einkreisen oder unterstreichen)

Nein / Ja, und zwar: _____

Häufigkeit: selten / gelegentlich / regelmäßig:

Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie diagnostiziert? Wenn ja, welcher Art?

Sind Sie tätowiert? Wie viele Tattoos haben Sie? An welchen Körperstellen? Wann haben Sie Ihr erstes Tattoo stechen lassen?

Im Folgenden fragen wir Sie nach Ihrer Ursprungsfamilie und Ihrer Kindheit.

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?

Mutter:

Vater:

Haben Sie Geschwister (Alter / Geschlecht)? Wie ist ihr Verhältnis aktuell?

Wissen Sie von Besonderheiten oder Auffälligkeiten bei Ihrer Entwicklung (Laufen, Sprechen, etc.)? Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?

Erhielten Sie als Kind Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie oder etwas Ähnliches?

Berichten Sie bitte von wichtigen Freundschaften in Ihrer Kindheit.

Welche Spiele und womit haben Sie als Kind besonders gerne gespielt?

Wissen Sie von Besonderheiten während Ihrer Zeit im Kindergarten?

Wissen Sie von Besonderheiten während Ihrer Zeit in der Grundschule?

Wissen Sie von Besonderheiten während Ihrer Zeit in der weiterführenden Schule?

Welche Hobbys oder Lieblingsbeschäftigungen hatten Sie während Ihrer Schulzeit?

Im Folgenden fragen wir Sie nach Ausbildung und Beruf.

Welchen Schulabschluss haben Sie erworben? Welche Ausbildung haben Sie erworben?

Schulabschluss & Durchschnittsnote:

Höchster erreichter beruflicher Abschluss:

Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem Leben schon Mal ausgeübt? Gab es bei einer Tätigkeit spezifische Probleme und welcher Art?

Tätigkeit 1 / Probleme:

Tätigkeit 2 / Probleme:

Tätigkeit 3 / Probleme:

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aktuell aus? In welchem Umfang? Mit welchen Rahmenbedingungen?

Wie gestalten sich die Kontakte zu Kolleg*Innen / Mitarbeiter*Innen / Vorgesetzten??

Im Folgenden fragen wir Sie nach Ihrer Familie und Ihren Sozialkontakten.

Wie und mit wem wohnen Sie aktuell (Miete oder Wohneigentum? Alleine, therapeutische Einrichtung, WG, Familie, Partner*In)? Gibt es hierbei Probleme oder Konflikte?

Führen Sie aktuell eine Beziehung? Falls nein, haben Sie jemals bisher eine Beziehung geführt? UND welche „typischen“ Probleme begegnen Ihnen im Rahmen einer Partnerschaft immer wieder?

Liegen bei Ihren Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten eine autistische Störung oder andere psychische Erkrankungen vor?

Im Folgenden fragen wir Sie nach körperlichen Eigenheiten, typischen Verhaltensweisen und vergleichbaren Besonderheiten.

Nehmen Sie äußere Reize wie Lärm, Licht aber auch Stoffe oder Nahrungsmittel in einer besonderen Art und Weise wahr? Beschreiben Sie diese Wahrnehmungen. Was macht das mit Ihnen?

Gibt es Handlungen, Verhaltensweisen oder auch Bewegungsabläufe, welche Sie immer wieder in derselben Form ausführen? Weshalb? Bitte beschreiben Sie die Details.

Haben Sie sich in den letzten Monaten absichtlich selbst verletzt (Kratzen, Beißen, Schlagen, etc.)? Warum? Konnten Sie sich selbst hiervon abhalten?

Interessieren Sie sich ganz besonders für bestimmte Themen oder Themengebiete?

Pflegen Sie feste Rituale oder Routinen? Im Tagesverlauf? Oder in bestimmten Situationen?

Beurteilen Sie nun bitte im Detail die Symptome, welche Sie während der letzten 10 Tage bei sich wahrgenommen haben

Symptome	Grad während der letzten 2 Tage						
	1: keine Symptome 2: geringe Symptome 3: leichte Symptome 4: mäßige Symptome 5: ausgeprägte Symptome 6: schwere Symptome 7: sehr schwere Symptome						
Konzentrationschwierigkeiten	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
gesteigerte Ermüdbarkeit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Mattigkeit / Schlappeheit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Symptome	Grad während der letzten 2 Tage						
	1: keine Symptome 2: geringe Symptome 3: leichte Symptome 4: mäßige Symptome 5: ausgeprägte Symptome 6: schwere Symptome 7: sehr schwere Symptome						
Antriebsmangel	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Motivationsmangel / keine „Lust“	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Gedächtnisschwierigkeiten	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Schwierigkeiten, den Alltag zu planen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Schwierigkeiten, den Alltag zu strukturieren	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
mangelnde Flexibilität beim Denken	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Denkprozesse sind „zäh“ und verlangsamt	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Depression	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Furcht / Ängste	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Panikattacken	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Anspannung / innere Unruhe	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Sozialer Rückzug	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
sich aufdrängende / nicht zu stoppende Erinnerungen an negative Ereignisse	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Gefühl der Gefühllosigkeit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐

Gefühl des Unwirklichen (Wie im Traum/Film)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
verlängerte Schlafdauer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
verkürzte Schlafdauer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
verstärkte Traumaktivität	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
emotionale Gleichgültigkeit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Tremor / Zittern	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
verstärkter Speichelfluß	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
verminderter Speichelfluß	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Übelkeit / Erbrechen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Probleme mit der Ausscheidung	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Schwindelgefühle	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Herz-Kreislauf Beschwerden	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Symptome	Grad während der letzten 2 Tage 1: <i>keine Symptome</i> 2: <i>geringe Symptome</i> 3: <i>leichte Symptome</i> 4: <i>mäßige Symptome</i> 5: <i>ausgeprägte Symptome</i> 6: <i>schwere Symptome</i> 7: <i>sehr schwere Symptome</i>						
Gewichtszunahme	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Gewichtsabnahme	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Sexuelle Probleme	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Kopfschmerzen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
Sonstige Schmerzen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
verstärktes Schwitzen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐

Erstellt von: Dr. phil. DP T. Piendl & DP M. Utz