Autismus-Therapie-Zentrum

Fragebogen für Erwachsene
ATZ Unna Königsborn

Name:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon:
E-Mail:

<u>Angaben zur Person:</u>

1.Welche Diagnose aus dem Autismus Spektrum liegt vor?

☐ Frühkindlicher Autismus ☐ Asperger-Syndrom ☐ Atypischer-Autismus

☐ ASS Andere: _____

2.Wo wurde die Diagnose gestellt? (Name, Adresse) _____

3. Haben Sie bereits eine Autismus-Förderung erhalten? ☐ ja ☐ nein

4. Gibt es weitere Diagnosen? (z.B. Allergien, Epilepsie, ADHS)

_____

5. Liegt ein Pflegegrad vor?

Falls ja, welcher? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ☐ ja ☐ nein

7. Gehen Sie aktuell einer Beschäftigung nach? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welcher? _____

© Autismus-Therapie-Zentrum Friedrich-Ebert-Str. 114 - 59425 Unna - Tel. 02303/9670-666 - Fax 02303/9670227 - E-Mail atz@lebenszentrum-koenigsborn.de

Angestrebte Ziele und Förderschwerpunkte:

8. An welchen Zielen soll im Rahmen der Therapie gearbeitet werden?

_____

_____

9. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Rechtsbelehrung:
Mit der Unterschrift der betroffenen Person oder eines gesetzlichen Vertreters gilt das Einverständnis aller weiteren sorgeberechtigten oder bevollmächtigten Personen als erteilt. Der Unterzeichnende versichert, dass alle relevanten Personen über die Vorstellung/Therapie im Autismus-Therapie-Zentrum Unna Königsborn informiert sind und dieser zustimmen. Zudem verpflichtet sich der Unterzeichnende, sicherzustellen, dass alle berechtigten Personen die vom Autismus-Therapie-Zentrum Unna Königsborn ausgestellten Berichte erhalten.

Angaben zum Familienstand:

Familienstand: ☐ledig ☐verheiratet ☐eingetragene Lebenspartnerschaft ☐alleinerziehend
Weitere Ansprechpartner (Name, Vorname, Anschrift und Telefon): ☐ gesetzlicher Betreuer/ Vormund _____

Vielen Dank!
Mit freundlichen Grüßen

Das ATZ-Team Unna Königsborn

© Autismus-Therapie-Zentrum Friedrich-Ebert-Str. 114 - 59425 Unna - Tel. 02303/9670-666 - Fax 02303/9670227 - E-Mail atz@lebenszentrum-koenigsborn.de