

Fragebogen zur Beratung bei autistischen Verhaltensweisen/Asperger-Syndrom

Schüler/in: _____ geb. am: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Angaben zur Vorgeschichte

Wurde der Schüler/die Schülerin aufgrund dieser Verhaltensproblematik bereits (schul-)psychologisch oder fachärztlich vorgestellt. Wenn ja bitte ggf. Unterlagen beifügen.

Art des Beratungsbedarfs im Bereich autistisches Verhaltensweisen / Asperger-Syndrom

Es besteht ein Beratungsbedarf

- bei den Lehrkräften ja nein
- bei den Eltern ja nein
- bei dem Kind ja nein
- bei den Mitschülern ja nein

Angaben zum Verhalten

Der Schüler / Die Schülerin

Sozialverhalten

- zeigt ein sozial angemessenes Sozialverhalten ja nein
- nimmt problemlos zu anderen Kontakt auf ja nein
- beschäftigt sich gern mit Gleichaltrigen (z.B. im Spiel) ja nein
- zeigt Verständnis für soziale Signale ja nein
- kann sich in die Gefühle und Gedanken anderer hineinversetzen ja nein

Sprache

- kann sich verbal angemessen ausdrücken ja nein
- kann sich non-verbal angemessen ausdrücken ja nein
- versteht Witze/Ironie ja nein
- wiederholt häufig bestimmte Wörter oder Sätze ja nein
- kann ein Gespräch beginnen und über längere Zeit aufrecht erhalten ja nein

Interessen und Routinen

- hat sehr spezielle Interessen ja nein
- zeigt stereotype Verhaltensweisen ja nein
- kann gut mit unübersichtlichen oder neuen Situationen umgehen ja nein

Kognition

- zeigt angemessene schulische Leistungen ja nein
- kann Probleme sicher selbstständig lösen ja nein
- kann Gelerntes leicht auf neue Situationen übertragen ja nein
- hat ein gutes Gedächtnis ja nein

Sensorik

- reagiert angemessen auf folgende Reize:

- | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Geräusche | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Berührung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Geschmack | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Visuelle Reize | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schmerz | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Auswirkung des Verhaltens auf den Unterricht

Der Schüler / Die Schülerin ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - kann dem Unterrichtsgeschehen grundsätzlich folgen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beteiligt sich aktiv am Unterricht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - kann die Aufgaben in der vorgesehen Zeit bearbeiten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - benötigt häufig Zuspruch/Hilfestellungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - arbeitet problemlos mit Mitschülern zusammen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - ist in die Klassengemeinschaft integriert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - ist in Pausensituationen integriert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - hat Freunde unter den Mitschülern | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Welche schulinternen Maßnahmen werden durchgeführt?

(Differenzierung, Elterngespräche, Beratungslehrer etc.)

Was soll sich ändern? Was ist das dringendste Problem?