

## Fragebogen zur Beratung bei autistischen Verhaltensweisen

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

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?