

Eigenanamnese-Bogen

Eltern & Erziehungsberechtigte – Entwicklungsgeschichte und Auffälligkeiten für den Diagnosetermin

Hinweis: Bitte füllen Sie diesen Bogen vor dem Termin aus und bringen Sie ihn mit. Antworten Sie so konkret wie möglich – auch kleine Details können wichtig sein. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Schreiben Sie in Stichpunkten, wenn das einfacher ist.

ANGABEN ZUM KIND

Name des Kindes (freiwillig)

Geburtsdatum / Alter

Geschlecht / Pronomen

Geschwister (Anzahl, Alter)

Ausfüllende Person / Verhältnis zum Kind

Datum des Ausfüllens

Aktueller Kindergarten / Schule / Klasse

Hauptanliegen heute

Bereich 1: Schwangerschaft & Geburt

Informationen zur Zeit vor und während der Geburt Ihres Kindes.

Wie verlief die Schwangerschaft?

Gab es Besonderheiten, Komplikationen oder Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> starkes Erbrechen / Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt (vor 37. SSW) | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / Präeklampsie |
| <input type="checkbox"/> Mehrlingsschwangerschaft | <input type="checkbox"/> psychische Belastung der Mutter |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit der Mutter | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme | |

Wie verlief die Geburt?

- spontan / unkompliziert
- Kaiserschnitt (geplant)
- Kaiserschnitt (Notfall)
- Saugglocke / Zange
- Sauerstoffmangel (Hypoxie)
- Nabelschnurumschlingung
- sehr schnell (unter 2 Std.)
- sehr lang (über 24 Std.)
- Frühgeburt
- Gewicht unter 2.500 g

Gab es besondere Umstände nach der Geburt?

Z. B. Intensivstation, Inkubator, Trinkschwierigkeiten, Gelbsucht, Schreikind.

.....

.....

.....

Bereich 2: Frühe Entwicklung & Meilensteine
 Wann hat Ihr Kind welche Entwicklungsschritte erreicht? (Ungefähre Angaben genügen)

Meilenstein	Alter / Zeitpunkt	Auffälligkeiten / Bemerkungen
Erstes Lächeln (sozial)
Blickkontakt gezielt
Zeigen (Zeigefinger)
Erste Worte
Zwei-Wort-Sätze
Freies Laufen
Sauber werden (tagsüber)
Symbolspiel / So-tun-als-ob

Hat Ihr Kind irgendwann bereits erlernte Fähigkeiten verloren?

Z. B. Sprache, Blickkontakt, soziale Reaktionen – und wenn ja: wann und wie schnell?

- Ja
 Nein
 Teilweise

.....

.....

.....

Wann und wie haben Sie erste Auffälligkeiten bemerkt?

Beschreiben Sie konkret, was Sie beobachtet haben und in welcher Situation.

Bereich 3: Soziales Verhalten & Kommunikation

Wie verhält sich Ihr Kind in sozialen Situationen und wie kommuniziert es?

Wie sucht Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern und Erwachsenen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sucht kaum von sich aus Kontakt | <input type="checkbox"/> reagiert nicht auf eigenen Namen |
| <input type="checkbox"/> bevorzugt Erwachsene gegenüber Kindern | <input type="checkbox"/> wirkt in eigener Welt |
| <input type="checkbox"/> spielt lieber alleine | <input type="checkbox"/> sucht intensiv Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> hat Schwierigkeiten, in Gruppen mitzuspielen | <input type="checkbox"/> meidet Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> Kontakt nur zu einem Kind / wenigen Kindern | <input type="checkbox"/> Blickkontakt gering oder fehlend |

Wie spricht Ihr Kind? (Bitte aktuelles Sprachniveau beschreiben)

Z. B. Einzelwörter, Sätze, Echolalie, ungewöhnliche Sprachmelodie, sehr formell/unpassend.

Gibt es Besonderheiten in der Sprache oder Kommunikation?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Echolalie (Nachsprechen von Gehörtem) | <input type="checkbox"/> sehr leise oder sehr laut |
| <input type="checkbox"/> spricht in der 3. Person über sich | <input type="checkbox"/> spricht sehr viel über ein Thema |
| <input type="checkbox"/> sehr wörtliches Sprachverständnis | <input type="checkbox"/> verliert Sprache in Stress |
| <input type="checkbox"/> versteht Ironie / Witze schlecht | <input type="checkbox"/> nonverbale Kommunikation (zeigen, nicken) wenig entwickelt |
| <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Sprachmelodie / Prosodie | <input type="checkbox"/> Kommunikation überwiegend zweckorientiert |

Wie reagiert Ihr Kind auf andere Kinder im Spiel?

Z. B. Parallelspiel, kein gemeinsames Spiel, übernimmt Regeln nicht, zieht sich zurück.

Bereich 4: Sensorische Besonderheiten

Wie reagiert Ihr Kind auf Sinneseindrücke aus der Umgebung?

Welche sensorischen Besonderheiten beobachten Sie bei Ihrem Kind?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> starke Reaktion auf Lärm / Geräusche | <input type="checkbox"/> dreht / schaukelt / hüpfen viel (Reizsuche) |
| <input type="checkbox"/> Hände auf Ohren / Flucht vor Lärm | <input type="checkbox"/> läuft auf Zehenspitzen |
| <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit auf Berührungen (z. B. beim Anziehen) | <input type="checkbox"/> riecht an Gegenständen / Menschen |
| <input type="checkbox"/> sucht intensive Berührungen / Druck | <input type="checkbox"/> schmerz- oder kälteunempfindlich |
| <input type="checkbox"/> lehnt bestimmte Speisen wegen Textur / Geruch ab | <input type="checkbox"/> reagiert stark auf Gerüche |
| <input type="checkbox"/> überempfindlich auf Licht | <input type="checkbox"/> mag enge Kleidung nicht / nur bestimmte Stoffe |

Beschreiben Sie eine konkrete Situation, in der sensorische Reize Ihr Kind stark belastet haben.

Was war der Auslöser? Wie hat Ihr Kind reagiert?

Gibt es Sinneseindrücke, die Ihr Kind besonders beruhigen oder sucht?

Z. B. Schaukeln, bestimmte Musik, Kuschtiere, Gewichtsdecke, Wasser.

Bereich 5: Routinen, Interessen & Verhalten

Wie wichtig sind feste Abläufe? Welche Interessen hat Ihr Kind? Gibt es besondere Verhaltensweisen?

Hat Ihr Kind ausgeprägte Spezialinteressen oder Lieblingsthemen?

Welche Themen? Wie intensiv? Kann es kaum aufhören, darüber zu sprechen oder damit zu spielen?

Beobachten Sie sich wiederholende Verhaltensweisen oder Bewegungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hände flattern / wedeln | <input type="checkbox"/> starke Reaktion bei Routinebruch |
| <input type="checkbox"/> schaukeln (vor und zurück) | <input type="checkbox"/> immer gleicher Weg / immer gleiche Reihenfolge |
| <input type="checkbox"/> Gegenstände aufeinanderreihen / sortieren | <input type="checkbox"/> Objekte intensiv betrachten / beleuchten |
| <input type="checkbox"/> kreisen / drehen von Objekten | <input type="checkbox"/> Geräusche wiederholen / summen |
| <input type="checkbox"/> Rituale beim Einschlafen / Essen / Anziehen | <input type="checkbox"/> Springen / Hüpfen |

Wie reagiert Ihr Kind auf Veränderungen im Alltag?

Z. B. anderer Schulweg, Sitzplatz, Stundenplan, Urlaubsreise, Umzug.

Wie reguliert Ihr Kind seine Emotionen?

Gibt es intensive Ausbrüche? Schwierigkeiten, sich zu beruhigen? Emotional sehr kontrolliert?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sehr intensive Wutausbrüche (Meltdowns) | <input type="checkbox"/> reagiert kaum emotional nach außen |
| <input type="checkbox"/> zieht sich komplett zurück (Shutdown) | <input type="checkbox"/> kann Gefühle schwer benennen |
| <input type="checkbox"/> braucht sehr lange zur Beruhigung | <input type="checkbox"/> lacht / weint unpassend |

Bereich 6: Schlaf, Essen & Alltag

Alltägliche Bereiche, die häufig bei Autismus besonders herausfordernd sind.

Wie schläft Ihr Kind?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einschlafen dauert sehr lange | <input type="checkbox"/> braucht festes Einschlafritual |
| <input type="checkbox"/> häufiges nächtliches Aufwachen | <input type="checkbox"/> schläft nur unter bestimmten Bedingungen |
| <input type="checkbox"/> sehr früh wach | <input type="checkbox"/> schläft insgesamt wenig |

Wie isst Ihr Kind?

Gibt es starke Einschränkungen bei Speisen (Textur, Farbe, Geruch, Marke)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> isst nur sehr wenige Speisen | <input type="checkbox"/> Marken-/Verpackungsänderung führt zur Ablehnung |
| <input type="checkbox"/> lehnt bestimmte Texturen ab | <input type="checkbox"/> Gerüche beim Essen sehr störend |
| <input type="checkbox"/> bestimmte Farben von Speisen werden abgelehnt | <input type="checkbox"/> Temperatur der Speise sehr wichtig |

Welche Alltagssituationen sind für Ihr Kind besonders schwierig?

Z. B. Anziehen, Körperpflege, Zahnarzt, Einkaufen, Wartesituationen, öffentliche Verkehrsmittel.

Bereich 7: Familienanamnese & bisherige Unterstützung

Gibt es ähnliche Auffälligkeiten in der Familie? Welche Hilfen wurden bereits in Anspruch genommen?

Gibt es in der Familie Diagnosen oder Auffälligkeiten, die relevant sein könnten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismus / Asperger in der Familie | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsverzögerung |
| <input type="checkbox"/> ADHS in der Familie | <input type="checkbox"/> motorische Entwicklungsverzögerung |
| <input type="checkbox"/> Angststörung / Depression | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Schwäche | <input type="checkbox"/> wird noch abgeklärt |

Welche Unterstützung hat Ihr Kind bereits erhalten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Kita-/Schulintegration |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie (stationär) |
| <input type="checkbox"/> Schulbegleitung (I-Kraft) | <input type="checkbox"/> bisher keine Unterstützung |

Was hat geholfen – was nicht? Gibt es Strategien, die im Alltag funktionieren?

.....

.....

.....

Abschließende Fragen

Ihre Einschätzung und offene Punkte.

Was erhoffen Sie sich von der Diagnostik?

.....

.....

.....

Gibt es etwas, das Sie dem Behandler / der Behandlerin noch mitteilen möchten?*Etwas, das Sie schwer in Worte fassen – oder das im Alltag besonders auffällt.*

.....

.....

.....

.....

Stand: Mai 2025 | Quelle: autismus-ratgeber.de | Kein Ersatz für medizinische Beratung. | Dieser Bogen kann ergänzend zu einem Diagnosegespräch verwendet werden.