

Eigenanamnese-Bogen

Erwachsene – Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Diagnosetermin aus und bringen Sie ihn mit.

Hinweis: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beschreiben Sie so konkret wie möglich, wie es sich *für Sie* anfühlt – nicht wie Sie nach außen wirken. Schreiben Sie ruhig in Stichpunkten. Je ehrlicher und detaillierter, desto hilfreicher für die Fachkraft.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name (freiwillig)

Geburtsdatum

Grund für die heutige Vorstellung / Hauptanliegen

Wer hat Sie auf Autismus aufmerksam gemacht?

Seit wann beschäftigen Sie sich damit?

Bereich 1: Soziales & Beziehungen

Wie erleben Sie soziale Situationen, Freundschaften und Kontakte mit anderen Menschen?

Wie fühlen sich soziale Situationen für Sie an?

Z. B. Partys, Treffen, Gruppenunterhaltungen, Smalltalk.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> anstrengend / erschöpfend | <input type="checkbox"/> ich mag sie, aber bin danach erschöpft |
| <input type="checkbox"/> verwirrend / unvorhersehbar | <input type="checkbox"/> ich fühle mich oft falsch / fehl am Platz |
| <input type="checkbox"/> ich meide sie meistens | <input type="checkbox"/> ich beobachte lieber als teilzunehmen |

Wie lange brauchen Sie zur Erholung nach sozialen Situationen?

Stunden, Tage? Was tun Sie, um sich zu erholen?

Wie ist es für Sie, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten?

Fällt es Ihnen schwer, den Kontakt zu halten? Haben Sie eher wenige, dafür intensive Freundschaften?

.....

.....

.....

Gab es Situationen, in denen andere Menschen Ihre Reaktionen als 'falsch' empfunden haben?

Z. B. zu direkt, zu wenig Mitgefühl, zu intensiv, emotionslos oder unangemessen.

.....

.....

.....

Wie gut können Sie die Gedanken, Absichten oder Gefühle anderer einschätzen?

.....

.....

.....

Bereich 2: Kommunikation

Wie erleben Sie Gespräche, nonverbale Signale und den Austausch mit anderen?

Welche Aspekte der Kommunikation fallen Ihnen schwer?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blickkontakt halten | <input type="checkbox"/> den 'richtigen Moment' zum Einsteigen finden |
| <input type="checkbox"/> Smalltalk beginnen / führen | <input type="checkbox"/> Mimik / Gestik anderer deuten |
| <input type="checkbox"/> Ironie / Sarkasmus erkennen | <input type="checkbox"/> meine eigene Mimik kontrollieren |
| <input type="checkbox"/> Telefongespräche | <input type="checkbox"/> nonverbale Signale senden/empfangen |
| <input type="checkbox"/> Gruppenunterhaltungen folgen | <input type="checkbox"/> Gespräche beenden |

Wie kommunizieren Sie am liebsten?

Z. B. schriftlich, persönlich, per Nachricht, strukturierte Gespräche vs. spontan.

.....

.....

.....

Haben Sie das Gefühl, sich soziale Regeln bewusst erarbeiten zu müssen, die anderen intuitiv geläufig scheinen?

Z. B. Gesprächsregeln, Höflichkeit, wann man etwas sagt oder nicht.

Wie gehen Sie mit Missverständnissen in Gesprächen um?

Werden Ihre Aussagen häufig missverstanden oder umgekehrt?

Bereich 3: Sensorische Wahrnehmung

Wie reagieren Sie auf Reize aus der Umgebung – Geräusche, Licht, Berührungen, Gerüche?

Welche Sinnesreize empfinden Sie als besonders unangenehm oder überwältigend?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> laute Geräusche / Lärm | <input type="checkbox"/> unerwartete Berührungen |
| <input type="checkbox"/> bestimmte Hintergrundgeräusche | <input type="checkbox"/> Menschenmassen / volle Räume |
| <input type="checkbox"/> grelles / flackerndes Licht | <input type="checkbox"/> bestimmte Speisen (Textur, Geruch) |
| <input type="checkbox"/> bestimmte Gerüche | <input type="checkbox"/> Temperaturextreme |
| <input type="checkbox"/> enge / kratzende Kleidung | <input type="checkbox"/> Gleichgewicht / Bewegung |

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

Was war der Auslöser? Wie haben Sie reagiert? Was hat geholfen?

Gibt es Sinneseindrücke, die Sie besonders angenehm oder beruhigend finden?

Z. B. bestimmte Geräusche, Texturen, Bewegungen (schaukeln, wippen), Gewicht, Licht.

Gibt es Bereiche, in denen Sie weniger empfindsam sind als andere?

Z. B. Schmerz, Hunger, Kälte, Durst, Körpersignale nicht wahrnehmen.

Bereich 4: Routinen, Interessen & Flexibilität

Wie wichtig sind Ihnen feste Abläufe? Wie reagieren Sie auf Veränderungen?

Wie wichtig sind feste Routinen und Abläufe in Ihrem Alltag?

Was passiert, wenn diese unterbrochen oder verändert werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Routinen sind sehr wichtig für mich | <input type="checkbox"/> ich brauche lange, um mich auf Neues einzustellen |
| <input type="checkbox"/> Veränderungen machen mir Stress | <input type="checkbox"/> ich plane sehr detailliert im Voraus |
| <input type="checkbox"/> ich reagiere mit Angst / Panik auf Unerwartetes | <input type="checkbox"/> spontane Änderungen sind kaum möglich |

Haben Sie Themen oder Interessen, denen Sie sich besonders intensiv widmen?

Was sind das für Themen? Wie viel Zeit verbringen Sie damit? Wie fühlt es sich an, darüber zu sprechen?

Gibt es bestimmte Bewegungen oder Verhaltensweisen, die Sie beruhigen?

Z. B. wippen, schaukeln, zupfen, bestimmte Gegenstände anfassen, Geräusche machen (stimmen).

Wie gehen Sie mit Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit um?

Z. B. bei Reisen, neuen Situationen, unbekanntem Orten, spontanen Plänen.

Bereich 5: Alltag, Beruf & Selbstfürsorge

Wie gelingt Ihnen der strukturierte Alltag – Arbeit, Organisation, Körperpflege?

Welche Alltagsaufgaben fallen Ihnen besonders schwer?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haushalt organisieren | <input type="checkbox"/> Schlafrhythmus einhalten |
| <input type="checkbox"/> Termine / Deadlines einhalten | <input type="checkbox"/> Körperpflege im Alltag |
| <input type="checkbox"/> Bürokratie / Formulare | <input type="checkbox"/> Arztbesuche / Telefonate |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen (Entscheidungen, Reize) | <input type="checkbox"/> Geld / Finanzen verwalten |
| <input type="checkbox"/> Mahlzeiten planen und zubereiten | <input type="checkbox"/> Energie einteilen |

Wie erleben Sie Ihren Beruf / Ihr Studium?

Was fällt leicht, was ist besonders belastend? Gibt es Konflikte mit Kolleg:innen oder Vorgesetzten?

Haben Sie Phasen erlebt, in denen Sie 'nicht mehr konnten' – total erschöpft oder funktionsunfähig?

Wie oft? Wie lange? Was war der Auslöser? Wie haben Sie sich erholt?

Abschließende Fragen

Ihre persönliche Einschätzung und offene Punkte.

Was erhoffen Sie sich von dieser Diagnostik?

Gibt es etwas, das Sie dem Behandler / der Behandlerin noch mitteilen möchten?

Etwas, das Sie sonst schwer in Worte fassen können – oder das Sie bisher noch nicht erwähnt haben.

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