

PA AUTISMUS AUF DEM PRÜFSTAND

Vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen. Die meisten von Ihnen sind Eltern / Erziehungsberechtigte und deshalb nennen wir die Person mit Autismus "Ihr Kind". Der Begriff Autismus bezieht sich auf die Autismus-Spektrum-Störung (ASD). Bitte füllen Sie diese Umfrage für Ihr ältestes Kind mit Autismus aus. Wählen Sie, sofern nichts anderes angegeben ist, jeweils nur eine Antwort auf die Fragen. Kontaktieren Sie bei allen Fragen ASERT Collaborative unter info@paautism.org oder 1-877-231-4244.

Abschnitt 1		
Bitte stellen Sie sich vor.		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Andere Elternteil <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Sind Sie der gesetzliche Vormund Ihres Kindes mit Autismus?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher
Welche der folgenden Kategorien beschreibt Ihren aktuellen Familienstand am besten?		
<input type="checkbox"/> Verheiratet/mit dem Kind eines anderen Elternteils lebend	<input type="checkbox"/> Verheiratet/mit einer Person lebend, die kein Elternteil des Kindes ist	<input type="checkbox"/> Unverheiratet
	<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend / Geschieden
		<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Welcher Rasse/Ethnie gehören Sie an? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.		
<input type="checkbox"/> Indianer oder Eingeborener von Alaska	<input type="checkbox"/> Farbiger oder Afroamerikaner	<input type="checkbox"/> Koreanisch
<input type="checkbox"/> Asiatisch-indisch	<input type="checkbox"/> Chinesisch	<input type="checkbox"/> Eingeborener Hawaiianer
<input type="checkbox"/> Kaukasisch/europäisch-amerikanisch	<input type="checkbox"/> Philippinisch	<input type="checkbox"/> Vietnamesisch
	<input type="checkbox"/> Spanisch oder Latino	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
	<input type="checkbox"/> Japanisch	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Welcher Rasse/Ethnie gehört Ihr Kind an? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.		
<input type="checkbox"/> Indianer oder Eingeborener von Alaska	<input type="checkbox"/> Farbiger oder Afroamerikaner	<input type="checkbox"/> Koreanisch
<input type="checkbox"/> Asiatisch-indisch	<input type="checkbox"/> Chinesisch	<input type="checkbox"/> Eingeborener Hawaiianer
<input type="checkbox"/> Kaukasisch/europäisch-amerikanisch	<input type="checkbox"/> Philippinisch	<input type="checkbox"/> Vietnamesisch
	<input type="checkbox"/> Spanisch oder Latino	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
	<input type="checkbox"/> Japanisch	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Wie lautet Ihre 5-stellige Postleitzahl?		

Welchen Bildungsgrad haben Sie erreicht?		
<input type="checkbox"/> Ich habe die Schule besucht, aber keinen Schulabschluss am Gymnasium	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Hochschule oder eine	<input type="checkbox"/> Berufsschule abgeschlossen oder einen Abschluss, der über den Master hinausgeht (z. B. einen Dokortitel der Medizin, der Zahn- oder Tiermedizin oder der Wissenschaften),
	<input type="checkbox"/> Berufsabschluss	
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss / allgemeine Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Bachelor	
<input type="checkbox"/> Berufsschule / technische Fachschule	<input type="checkbox"/> Master	
In welchem Jahr und in welchem Monat sind Sie geboren?		
Geburtsmonat (MM) _____		Geburtsjahr (JJJJ) _____
Welchen Geschlechts ist Ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
Wurde das Kind adoptiert?		
<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja. Wie alt war Ihr Kind bei der Adoption? _____		

Wie viele Geschwister hat Ihre Kind mit Autismus? <i>(Einschließlich Stiefkinder, Halbgeschwister usw.)</i>				
Bei wie viel anderen Geschwistern wurde Autismus diagnostiziert?				
Wie hoch ist Ihr jährliches Haushaltseinkommen?				
<input type="checkbox"/> 0 -10.000 USD	<input type="checkbox"/> 10.001 - 20.000 USD	<input type="checkbox"/> 20.001 - 30.000 USD	<input type="checkbox"/> 30.001 - 40.000 USD	<input type="checkbox"/> 40.001 - 50.000 USD
<input type="checkbox"/> 50.001 - 60.000 USD	<input type="checkbox"/> 60.001 - 70.000 USD	<input type="checkbox"/> 70.001 - 80.000 USD	<input type="checkbox"/> 80.001- 90.000 USD	<input type="checkbox"/> 90.001- 100.000 USD
<input type="checkbox"/> 100.000 USD +				
Abschnitt 2				
Würden Sie sagen, dass der allgemeine Gesundheitszustand Ihres autistischen Kindes heute besser ist als vor zwölf Monaten:				
<input type="checkbox"/> Besser	<input type="checkbox"/> Schlechter	<input type="checkbox"/> Unverändert		
Bitte erklären Sie Ihre Antwort:				
Wie lange liegt der letzte Besuch Ihres Kindes bei einem Zahnarzt zurück? <i>(Die Frage bezieht sich auf alle zugelassenen Zahnärzte und Fachärzte wie Orthopäden, Mundchirurgen und Dentalhygienikerinnen.)</i>				
<input type="checkbox"/> Weniger als sechs Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/> Mehr als 1 Jahr		
Wie lange liegt die letzte Routineuntersuchung Ihres Kindes durch einen Arzt zurück? <i>(Eine Routineuntersuchung ist eine Untersuchung des allgemeinen Wohlbefindens. Es werden keine spezifischen Verletzungen oder Erkrankungen untersucht.)</i>				
<input type="checkbox"/> Weniger als sechs Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/> Mehr als 1 Jahr		
Werden Ihrem Kind mit Autismus derzeit Medikamente außer Vitaminen verschrieben?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht		
Bitte geben Sie falls zutreffend die Medikament an, die Ihrem Kind verschrieben wurden.				
Abschnitt 3				
Eine diagnostische Bewertung des Autismus Ihres Kindes zu erhalten war...				
<input type="checkbox"/> Sehr einfach	<input type="checkbox"/> Einfach	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend
Was war die Grund dafür, dass die Diagnose gegebenenfalls nur "schwer" oder "sehr schwer" gestellt werden konnte? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.				
<input type="checkbox"/> Vermittlung eines Arztes / Fachmanns	<input type="checkbox"/> Abdeckung durch eine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Fehlen von Kinderbetreuungsangeboten		
<input type="checkbox"/> Beförderung	<input type="checkbox"/> Probleme bei der Planung und Terminierung	<input type="checkbox"/> Sprachbarrieren und das Fehlen eines Übersetzers		
<input type="checkbox"/> Erhalten einer Empfehlung des Vormunds	<input type="checkbox"/> Kosten / Eigenanteil	<input type="checkbox"/> Sonstige		
<input type="checkbox"/> Lange Wartezeiten				
Wurden bei Ihrem Kind vor der Autismus-Diagnose folgende Diagnosen gestellt? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.				
<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung (früher auch mentale Retardierung)			
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	<input type="checkbox"/> Zwangsstörung (OCD)			
<input type="checkbox"/> Bipolare Störung	<input type="checkbox"/> Oppositionelles und aggressives Verhalten (ODD)			

<input type="checkbox"/> Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)	<input type="checkbox"/> Schizophrenie oder andere psychische Störungen	
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung (CD)	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle / Epilepsie	
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Störung der sensorischen Integration	
<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
<input type="checkbox"/> Hörschaden	<input type="checkbox"/> Substanzmissbrauch	
<input type="checkbox"/> „Messie“-Syndrom	<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
Wurden bei Ihrem autistischen Kind aktuell folgende Diagnosen gestellt? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>		
<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung (früher auch mentale Retardierung)	
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	<input type="checkbox"/> Zwangsstörung (OCD)	
<input type="checkbox"/> Bipolare Störung	<input type="checkbox"/> Oppositionelles und aggressives Verhalten (ODD)	
<input type="checkbox"/> Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS)	<input type="checkbox"/> Schizophrenie oder andere psychische Störungen	
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung (CD)	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle / Epilepsie	
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Störung der sensorischen Integration	
<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
<input type="checkbox"/> Hörschaden	<input type="checkbox"/> Substanzmissbrauch	
<input type="checkbox"/> „Messie“-Syndrom	<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
Welcher Facharzt hat die Diagnose Autismus bei ihrem Kind zuerst festgestellt? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>		
<input type="checkbox"/> Auf Entwicklung spezialisierter Kinderarzt	<input type="checkbox"/> Hausarzt (Allgemeinmediziner / Kinderarzt)	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Psychologe	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Psychiater		
Wie alt war Ihr Kind als die Diagnose Autismus festgestellt wurde?		
<input type="checkbox"/> Jahre alt _____	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	
Welche Nachuntersuchungen und Ressourcen/Leistungen haben Sie nach der Autismus-Diagnose erhalten? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>		
<input type="checkbox"/> Nachuntersuchungstermin	<input type="checkbox"/> Verweis auf Webseiten, Literatur (z.Bsp. Handouts, Informationsbroschüren)	
<input type="checkbox"/> Überweisung zu einen Spezialisten für weitere Untersuchungen		
<input type="checkbox"/> Verweis zu einem Spezialisten für die Behandlung	<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Empfehlung für Leistungen für frühe Intervention	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Empfehlung für Selbsthilfegruppen		
Hat Ihr Kind Leistungen im Rahmen der frühen Intervention Leistungen erhalten?		
<input type="checkbox"/> Ja. Wie alt war Ihr Kind zu Beginn der Leistungen?	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	
<input type="checkbox"/> Nein		
Hat Ihr Kind mit Autismus einen der folgenden Pläne? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>		
<input type="checkbox"/> Individualized Family Service Plan (IFSP) (Frühförderung)	<input type="checkbox"/> Individual Support Plan (ISP) (individueller Förderplan)	
<input type="checkbox"/> Individualized Education Plan (IEP) (individueller Erziehungsplan)	<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> 504 Plan (siehe Inklusion)	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	

Nimmt Ihr Kind an einem persönlichen Förderprogramm (IFSP) teilnimmt, bitte die folgenden Fragen beantworten. *Füllen Sie bitte alle drei Spalten aus.*

	Erfüllt der Plan alle Bedürfnisse Ihres Kindes?		Haben Sie am letzten IFSP-Treffen teilgenommen?		Wurden Ihre Wünsche und Anregungen in diesen Plan aufgenommen?	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Individualized Family Service Plan (IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ihr Kind einen individuellen Erziehungsplan (IEP) hat, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. *Füllen Sie bitte alle drei Spalten aus.*

	Erfüllt der Plan alle Bedürfnisse Ihres Kindes?		Haben Sie am letzten IEP-Treffen teilgenommen?		Wurden Ihre Wünsche und Anregungen in diesen Plan aufgenommen?	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Individualized Education Plan (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ihr Kind einen 504 Plan hat, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. *Füllen Sie bitte alle drei Spalten aus.*

	Erfüllt der Plan alle Bedürfnisse Ihres Kindes?		Haben Sie am letzten 504 Plan-Treffen teilgenommen?		Wurden Ihre Wünsche und Anregungen in diesen Plan aufgenommen?	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
504 Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ihr Kind einen individuellen Förderplan (ISP) hat, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. *Füllen Sie bitte alle drei Spalten aus.*

	Erfüllt der Plan alle Bedürfnisse Ihres Kindes?		Haben Sie am letzten ISP-Treffen teilgenommen?		Wurden Ihre Wünsche und Anregungen in diesen Plan aufgenommen?	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Individual Support Plan (ISP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 4

Ist Ihr Kind bei einer der folgenden Krankenversicherungen versichert? *Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.*

<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung, bei der Sie oder ein Familienmitglied über Ihren Arbeitgeber versichert sind	<input type="checkbox"/> Veteran's benefits oder TRICARE
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung, bei der Sie oder ein Familienmitglied privat versichert sind (nicht über den Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> Zahnversicherung
<input type="checkbox"/> US-Gesundheitsdienst für Bedürftige (Medicaid) (medizinische Betreuung, Medical Assistance), CHIP, US-Gesundheitsdienst für ältere Menschen (Medicare)	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung für augenärztliche Behandlung
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung für rezeptpflichtige Medikamente
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Ist Ihr Kind im Moment bei Medical Assistance oder Medicaid angemeldet?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Ist Ihr Kind im Moment bei einem der folgenden Medical Assistance oder Medicaid-Programmen angemeldet?				
<input type="checkbox"/> Adult Autism Waiver	<input type="checkbox"/> Consolidated Waiver	<input type="checkbox"/> Sonstige		
<input type="checkbox"/> Adult Community Autism Program (ACAP)	<input type="checkbox"/> P/FDS Waiver	<input type="checkbox"/> Keines der oben genannten		
	<input type="checkbox"/> OBRA Waiver			
Befindet sich ihr Kind im Moment auf der Warte- oder Interessentenliste?				
<input type="checkbox"/> Warteliste für Programme für Personen mit geistiger Behinderung (P/FDS oder Consolidated waivers)				
<input type="checkbox"/> Interessentenliste für Programme des Bureau of Autism Services (BAS - Adult Autism Waiver oder ACAP)				
<input type="checkbox"/> Beides				
<input type="checkbox"/> Keine				
<input type="checkbox"/> Nicht sicher				
Abschnitt 5				
Hat Ihr Kind bereits Medikamente eingenommen die nicht aus medizinischen Gründen verordnet wurden (außer Vitaminen)?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten	
Hatte Ihr Kind jemals eine Überdosis Medikamente (zugelassen oder illegal) eingenommen?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.	
Abschnitt 6				
Haben Sie Ihr Kind im vergangenen Jahr auf Grund seines Verhaltens oder psychischen Gründen in die Notaufnahme gebracht?				
<input type="checkbox"/> Ja, _____ Mal.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten		
Wurde Ihr Kind im vergangenen Jahr aufgrund seines Verhaltens oder aus psychischen Gründen in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung eingewiesen?				
<input type="checkbox"/> Ja, _____ Mal.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten		
BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN ANHAND DES LETZTEN AUFENTHALTES IHRES KINDES IN EINEM KRANKENHAUS ODER EINER ÄHNLICHEN EINRICHTUNG.				
Was waren der Grund/Gründe für die Einweisung ihres Kindes in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>				
<input type="checkbox"/> Aggression	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Deutliche Ausweitung der Obsessionen		
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Weggelaufen von Zuhause oder aus der Schule	<input type="checkbox"/> Sonstige		
<input type="checkbox"/> Oppositionelles und aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht		
Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie mit den folgenden Aspekten des Krankenhausaufenthaltes Ihres Kindes?				
	Sehr zufrieden	zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Behandlungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung der Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung der Eltern in die Planung der Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wurde ihr Kind eingewiesen?		
<input type="checkbox"/> Mein Kind (unter 14) wurde durch die Eltern eingewiesen		
<input type="checkbox"/> Mein heranwachsendes Kind (14-18) wurde durch die Eltern eingewiesen und hat der Einweisung zugestimmt		
<input type="checkbox"/> Mein heranwachsendes Kind (14-18) wurde durch die Eltern eingewiesen und hat der Einweisung nicht zugestimmt		
<input type="checkbox"/> Mein erwachsenes Kind (18 oder älter) hat sich selbst eingewiesen (201, freiwillige Behandlung)		
<input type="checkbox"/> Mein erwachsenes Kind (18 oder älter) wurde gegen seinen / ihren Willen eingewiesen (302, unfreiwillige Behandlung)		
<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.		
Wie lange dauerte der Aufenthalt Ihres Kindes im Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung?		
<input type="checkbox"/> Weniger als 24 Stunden	<input type="checkbox"/> 24-48 Stunden	<input type="checkbox"/> 2+ Tage, bitte angeben, wie lange
Wurde Ihr Kind zum ersten Mal aufgrund seines Verhaltens oder psychischen Gründen in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung eingewiesen?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
Bitte fügen Sie weitere Details zum letzten Krankenhausaufenthalt ihres Kindes aufgrund seines Verhaltens aus psychischen Gründen hinzu.		
Abschnitt 7		
Hat das Verhalten Ihres Kindes zu einer der folgenden Maßnahmen von Polizei und Justizkräften geführt? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.		
<input type="checkbox"/> Polizei wurde gerufen	<input type="checkbox"/> Gefängnisaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Von der Polizei angehalten und befragt außer bei Verkehrsdelikten	<input type="checkbox"/> Anklage wegen eines Fehlverhaltens oder eines Verbrechens	
<input type="checkbox"/> Von der Polizei verwahrt (außer Verkehrsdelikt)	<input type="checkbox"/> Zur Bewährung freigelassen	
<input type="checkbox"/> Vorladung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Von der Polizei festgenommen worden	<input type="checkbox"/> Keine	
	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht antworten	
War Ihr Kind schon einmal Opfer eines Verbrechens?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte nicht antworten
Bitte erläutern Sie, sofern Sie es wünschen, Ihre Erfahrungen mit den Polizei- und Justizkräften oder als Opfer eines Verbrechens.		
Abschnitt 8		
WENN SIE EIN PFLEGEELTERTEIL EINER PERSON MIT AUTISMUS SIND, BEANTWORTEN SIE BITTE DIE FOLGENDEN FRAGEN. WENN NICHT, SETZEN SIE BITTE MIT ABSCHNITT 9 FORT.		
Haben Sie im vergangenen Jahr Hilfe, Schulungen oder Ressourcen zur Unterstützung Ihrer Rolle als Pflegeeltern erhalten?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Wenn Ja, bitte angeben, wer Unterstützung, Training oder Ressourcen zur Verfügung gestellt hat und ob Sie sich durch das Training auf ihre Rolle und Verantwortung vorbereitet fühlen.

Füllen Sie bitte alle drei Spalten aus.

	Haben Sie Training, Unterstützung oder Ressourcen von dieser Agentur erhalten?		Haben Sie das Gefühl, nach diesem Training gut vorbereitet zu sein?			War das Training speziell zum Autismus?		
	Ja	Nein	Ja	Nein	K/A	Ja	Nein	K/A
Kinder- und Jugendamt Ihres County	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Pflegeelternagentur, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Erfahrung als Pflegeeltern.

	Fast nie / nie	Manchmal	Gewöhnlich	Immer / Fast immer
Sind Sie ein Teil des Behandlungsteams Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an anderen Treffen zur Pflege Ihres Kindes beteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Hilfe, wenn Sie darum bitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 9

Wurde Ihr Kind im vergangenen Jahr in eine Wohneinrichtung eingewiesen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, aber es ist im Moment auf einer Warteliste	<input type="checkbox"/> Nein, und nicht auf einer Warteliste	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
-----------------------------	---	---	--

WENN IHR KIND IN EINE WOHN EINRICHTUNG EINGEWIESEN WURDE, BEANTWORTEN SIE BITTE DIE FOLGENDEN FRAGEN. WENN NICHT SETZEN SIE BITTE MIT ABSCHNITT 10 FORT.

Wie weit ist die Wohneinrichtung von Ihrem Zuhause entfernt?

<input type="checkbox"/> 0-20 Km	<input type="checkbox"/> 41-60 Km	<input type="checkbox"/> 81-100 Km	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
<input type="checkbox"/> 21-40 Km	<input type="checkbox"/> 61-80 Km	<input type="checkbox"/> Mehr als 100 Km	

Warum wurde Ihr Kind in eine Wohneinrichtung eingewiesen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Aggression	<input type="checkbox"/> Weggelaufen von Zuhause oder aus der Schule
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten
<input type="checkbox"/> Oppositionelles und aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> Erhebliche Ausweitung der Obsessionen
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Wie lange dauert/dauerte der Aufenthalt Ihres Kindes in der behandelnden Wohneinrichtung?

<input type="checkbox"/> Weniger als 1 Woche	<input type="checkbox"/> 1 - 4 Wochen	<input type="checkbox"/> Mehr als 4 Wochen
--	---------------------------------------	--

Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie mit den folgenden Aspekten des Aufenthaltes Ihres Kindes in der Wohneinrichtung?				
	Sehr zufrieden	zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Behandlungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung der Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung der Eltern in die Planung der Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im Entlassungsplan Informationen zu Gruppenaktivitäten (Erholung, Sport, freiwillige Arbeit und andere) aufgeführt?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht				
War der Behandlungs-/ Entlassungsplan verständlich?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Abschnitt 10				
Ist Ihr Kind in der Lage, folgende Aktivitäten auszuüben?				
	Selbstständig	Mit Hilfe	Nicht in der Lage	K/A
Auf die Toilette gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach benötigten Dingen fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach gewünschten Dingen fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeigen, wenn sie krank/verletzt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen / Mahlzeiten zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld verwalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen - Fahren/Öffentliche Transportmittel/Fahrrad fahren/laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhält Ihr Kind im Moment für einen der folgenden Punkte Leistungen oder andere Hilfestellung? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>				
<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> Keine		
<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> Weglaufen			
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Toilette besuchen			
Erhält Ihr Kind im Moment Behavioral Health Rehabilitation Services (BHRS oder „wraparound“)?				
<input type="checkbox"/> Ja in der Schule		<input type="checkbox"/> Nein, aber die Evaluierung ist abgeschlossen, Plan in Entwicklung		
<input type="checkbox"/> Ja, Zuhause / Gruppe				
<input type="checkbox"/> Ja, in der Schule und Zuhause/Gruppe		<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Nein, aber wir warten auf Evaluierung		<input type="checkbox"/> Nicht sicher		
Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch das Behandlungsteam?				
<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden				

Abschnitt 11

Ist Ihr Kind im Moment in einem Arbeitsverhältnis beschäftigt? Bitte geben Sie nur bezahlte Stellen an.

<input type="checkbox"/> Ja in Vollzeitbeschäftigung (35 Stunden pro Woche oder mehr)	<input type="checkbox"/> Nein, ich bin im Moment auf Arbeitssuche
<input type="checkbox"/> Ja in Teilzeitbeschäftigung (weniger als 35 Stunden pro Woche)	<input type="checkbox"/> Nein, in Rente
<input type="checkbox"/> Nicht in Rente und nicht arbeitssuchend	

Wenn ja, welche Tätigkeit übt Ihr Kind aus?

<input type="checkbox"/> Büro / Verwaltungstechnische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelzubereitung / Servieren	<input type="checkbox"/> Produktion / Herstellung
<input type="checkbox"/> Vertrieb (inklusive Einzelhandel)	<input type="checkbox"/> Beförderung / Materialhandhabung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Erhält Ihr Kind im Moment oder erhielt es in der Vergangenheit Leistungen des Office of Vocational Rehabilitation (OVR)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten
-----------------------------	-------------------------------	---	---

Welche Arten von Hilfestellung benötigt Ihr Kind, um eine Arbeitsstelle zu finden und behalten? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Hilfe beim Finden von Beschäftigungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> Fortlaufende Unterstützung
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Bewerbung und Bewerbungsgespräch	<input type="checkbox"/> Benötigt keine Unterstützung
<input type="checkbox"/> Unterstützung, wenn Probleme und neue Situationen entstehen	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Kurzzeitige Unterstützung	

Abschnitt 12

Wie ist die momentane Wohnsituation Ihres Kindes?

<input type="checkbox"/> Mit den Eltern/ Elternteil oder anderen Verwandten in einem Familienhaus	<input type="checkbox"/> Lebt allein mit Unterstützung (zur Miete oder Eigenheim)
<input type="checkbox"/> In einer Wohneinrichtung (inklusive staatliche Krankenhäuser und Zentren)	<input type="checkbox"/> Lebt allein ohne Unterstützung (zur Miete oder Eigenheim)
<input type="checkbox"/> In einer Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Obdachlos
<input type="checkbox"/> Mit einem Mitbewohner / Lebenspartner (zur Miete oder Eigenheim)	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Wie lange besteht die momentane Wohnsituation bereits?

<input type="checkbox"/> Das gesamte Lebensdauer des Kindes	<input type="checkbox"/> Weniger als ein Jahr	<input type="checkbox"/> 1-2 Jahre	<input type="checkbox"/> 3-5 Jahre	<input type="checkbox"/> Mehr als 5 Jahre
---	---	------------------------------------	------------------------------------	---

Wie zufrieden sind Sie mit der Wohnsituation Ihres Kindes?

<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> Zufrieden	<input type="checkbox"/> Unzufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden
---	------------------------------------	--------------------------------------	---

Wie schwer fällt es Ihrem Kind Dinge zu entsorgen, auch wenn Sie diese nicht mehr brauchen?

<input type="checkbox"/> Sehr schwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht schwer
--------------------------------------	---------------------------------	---

Wie oft stört Unordnung im Bereich Ihres Kindes dessen tägliche Aktivitäten? (Zum Beispiel: Kann Spielsachen, Schulmaterial oder andere Dinge nicht finden, hat Probleme sich frei zu bewegen.)

<input type="checkbox"/> Immer	<input type="checkbox"/> Meistens	<input type="checkbox"/> Manchmal	<input type="checkbox"/> Nie
--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

Abschnitt 13

Besucht Ihr Kind derzeit die Schule?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, welche Schule besuchen sie?					
<input type="checkbox"/> Vorschule	<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> Berufsschule			
<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Zweijährige Hochschule	<input type="checkbox"/> Sonstige _____			
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Vier Jahre Hochschule				
<input type="checkbox"/> Mittelschule	<input type="checkbox"/> Graduiertenschule				
Wenn nicht, welchen höchsten Bildungsabschluss hat Ihr Kind?					
<input type="checkbox"/> Kein Schul-/Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Berufsschule / technische Fachschule	<input type="checkbox"/> Berufsabschluss oder einen Dokortitel, der über den Master hinausgeht (z. B. einen Dokortitel der Medizin, der Zahn- oder Tiermedizin oder der Wissenschaften)			
<input type="checkbox"/> Schule besucht, aber ohne Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hochschule besucht				
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss / allgemeine Hochschulreife oder vergleichbar	<input type="checkbox"/> Berufsschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master				
BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN, SOFERN IHR KIND DERZEIT EINE SCHULE BESUCHT. WENN NICHT, SETZEN SIE BITTE MIT ABSCHNITT 14 FORT.					
Wurde Ihr Kind im letzten Jahr in der Schule bestraft und welche der folgenden Strafen hat es erhalten? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>					
<input type="checkbox"/> Auszeit- / Deeskalationsraum	<input type="checkbox"/> Nachsitzen	<input type="checkbox"/> Ausschluss			
<input type="checkbox"/> Des Klassenraums verwiesen	<input type="checkbox"/> Verweis	<input type="checkbox"/> Keine der genannten Strafen			
<input type="checkbox"/> Schulverweis					
Welche Art von Sonderschule besucht Ihr Kind derzeit? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>					
<input type="checkbox"/> Autistische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderung				
<input type="checkbox"/> Emotionale Unterstützung	<input type="checkbox"/> Keine (Mein Kind erhält derzeit kein Leistungen für besondere Erziehungsbedürfnisse)				
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht				
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung (früher als mentale Retardierung bezeichnet)	<input type="checkbox"/> Sonstige _____				
Abschnitt 14					
Welche langfristigen Pläne haben Sie für Ihr Kind für die Zeit, wenn Sie sich nicht mehr um sie kümmern können? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>					
<input type="checkbox"/> Organisation der Wohnungssuche und Unterbringung	<input type="checkbox"/> Vormundschaft bestellen		<input type="checkbox"/> Entwicklung von Plänen		
<input type="checkbox"/> Finanztreuhand	<input type="checkbox"/> Vollmacht		<input type="checkbox"/> Derzeit kein Pläne		
Wie besorgt sind Sie in Bezug auf diese Pläne und deren Umsetzung?					
	Sehr besorgt	Besorgt	Etwas besorgt	Nicht besorgt	K/A
Organisation der Wohnungssuche und Unterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung einer Finanztreuhand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmung eines Vormunds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellen einer Vollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung von Plänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Glauben Sie, Sie in der Lage sein werden, diese Pläne vorzubereiten?			
	Ja	Nein	K/A
Organisation der Wohnungssuche und Unterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung einer Finanztreuhand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmung eines Vormunds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellen einer Vollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung von Plänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 15

Bitte prüfen Sie, ob Sie die folgenden Leistungen kennen, daran teilnehmen oder weitere Informationen darüber benötigen:

	Bin ich beteiligt	Sind mir bekannt	Benötige ich weitere Informationen
Amt für berufliche Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere staatliche Unterstützung (Lebensmittelkarten, Wohngeld usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 16

Bitte geben Sie an, ob die folgenden Herausforderungen die Beteiligung Ihres Kindes an den Aktivitäten in diesen Gemeinschaften z. B. beim Sport, in Klubs, bei Hobbys oder andern organisierten Veranstaltungen beeinträchtigen oder behindern.

	Ja	Nein	Nicht sicher
Emotionale Herausforderungen (Ärger, Depressionen, Angst usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten (Aggression, selbstverletzendes Verhalten usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physische Herausforderungen (Zugang, Mobilität usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihr Kind in der Lage, an folgende Aktivitäten teilzunehmen? **Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.**

	Nehmen sie teil?		Wenn ja, wie viele Stunden in der Woche nehmen sie teil
	Ja	Nein	Stunden
Freiwillige Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruppen, Klubs oder Organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geistliche oder religiöse Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organisierter oder rehabilitierender Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hobbys oder besondere Interessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflichten im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziale Aktivitäten mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Abschnitt 17

Bitte wählen Sie Ihre Bewertung der Erfahrungen mit den Leistungen für Ihr Kind.

	Stimme ich voll und ganz zu	Stimme ich zu	Stimme ich nicht zu	Stimme ich überhaupt nicht zu	K/A
Es war für mich generell schwierig die Leistungen für mein Kind zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt meines Kindes und andere Pflegekräfte haben der Betreuung ausreichend Zeit gewidmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt meines Kindes und andere Pflegekräfte hören mir aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt meines Kindes und andere Pflegekräfte sind sensibel für die Werte und Gebräuche in unserer Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt meines Kindes und andere Pflegekräfte erklären uns alles einfach und verständlich aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie die Gesundheits- und Erziehungsbedürfnisse Ihres Kindes. Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.

	Mein Kind erhält diese Leistung		Benötigt Ihr Kind mehr von dieser Leistung?	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingsmaßnahmen zu sozialen Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Unterstützung (z. B. TSS, BSC, Spezialisten für Verhalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinierung der Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehung in Bezug auf die sexuelle Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommerlager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommerschule (Unterricht in Sommerferien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung des Berufseinstiegs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Grundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnmedizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stimmen Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf die genannten Leistungen zu: "Die Fachspezialisten, die diese Leistungen erbringen, verfügen über die erforderlichen Kompetenzen für die Betreuung meines Kindes."					
	Stimme ich voll und ganz zu	Stimme ich zu	Stimme ich nicht zu	Stimme ich überhaupt nicht zu	K/A
Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingsmaßnahmen zu sozialen Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Unterstützung (z. B. TSS, BSC, Spezialisten für Verhalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinierung der Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehung in Bezug auf die sexuelle Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommerlager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommerschule (Unterricht in Sommerferien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung des Berufseinstiegs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Grundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnmedizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Schwierigkeiten stoßen Sie, wenn Sie Leistungen für Ihr Kind erhalten möchten? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Beförderung	<input type="checkbox"/> Die Dienstleister haben nicht genug Fachkräfte
<input type="checkbox"/> Probleme bei der Planung und Terminierung	<input type="checkbox"/> Die Anbieter vor Ort berücksichtigen Autismus nicht
<input type="checkbox"/> Es gibt vor Ort nicht genug Anbieter	<input type="checkbox"/> Keine Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Kosten der Dienstleistungen / Meine Versicherung deckt die verfügbaren Dienstleistungen nicht ab	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Es gibt vor Ort keine Dienstleister und Anbieter	

Stehen Ihrem Kind formelle Kommunikationssysteme zur Verfügung? (Zum Beispiel Bild-Kommunikationssystem (Picture Exchange Communication System - PECS), Tablets, Sprachausgabegeräte oder andere augmentative Kommunikationssysteme.)

Ja Nein Sonstige

Bitte geben Sie gegebenenfalls an, wo Ihr Kind das Kommunikationssystem verwendet. Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

Zu Hause In der Schule Sonstige

Bei der Arbeit In der Community

Abschnitt 18

Mit welchen Verkehrsmitteln gelangt Ihr Kind gewöhnlich an seine Ziele? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Es fährt selbst im eigenen Privatauto	<input type="checkbox"/> Als Passagier in einem Privatauto mit einem freiwilligen Fahrer
<input type="checkbox"/> Es wird von den Eltern oder anderen freiwillig in einem Privatauto befördert	<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel
<input type="checkbox"/> Es wird von Freunden im Privatauto als Passagier befördert	<input type="checkbox"/> Die Beförderung wird von einem Tagesprogramm geleistet
<input type="checkbox"/> Bus oder Kleinbus der Stadt oder der Kommune oder gemeinnütziger Einrichtungen	<input type="checkbox"/> Die Beförderung wird von einer Wohngemeinschaft angeboten
<input type="checkbox"/> Taxi oder Leihwagen	<input type="checkbox"/> Die Beförderung wird von der Schule/ dem Bildungsinstitut bereitgestellt
<input type="checkbox"/> Zu Fuß	<input type="checkbox"/> Mitfahrzentrale (Uber, Lyft)
<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft (z. B. ZipCar, Enterprise Car Share)
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Abschnitt 19

Gehören Sie einer Unterstützerguppe oder einer Interessenvertretung an?

Ja Nein, aber ich müsste es eigentlich Nein, aber ich würde es mir wünschen Nein

Wenn ja, beteiligen Sie sich persönlich oder im Internet an einer Unterstützerguppe oder einer Interessenvertretung?

Internet Persönlich Beides

Wenn ja, warum beteiligen Sie sich persönlich oder im Internet an einer Unterstützerguppe? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Freundschaft/Sozialisierung	<input type="checkbox"/> Ähnliche Interessen/ Erfahrungen	<input type="checkbox"/> Auf Empfehlung
<input type="checkbox"/> Informationsaustausch	<input type="checkbox"/> Sensibilisieren	<input type="checkbox"/> Veränderungen bewirken
		<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Bitte geben Sie gegebenenfalls an, warum Sie nicht an Unterstützerguppen oder Interessenvertretungen teilnehmen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Beförderung	<input type="checkbox"/> Ich habe kein Zeit	<input type="checkbox"/> Es kostet Geld /Mitgliedschaftsgebühren
<input type="checkbox"/> Es gibt in meiner Nähe keine/ es ist zu weit	<input type="checkbox"/> Entspricht meinem Alter / meinen Interessen nicht	
<input type="checkbox"/> Es interessiert mich nicht	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich ausgeschlossen / passe nicht dazu	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Abschnitt 20

Hat Ihr Kind Problem in Begleitung von...

	Immer	Manchmal	Nie	K/A
Eltern oder Pflegekräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder und Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernten Verwandten (Großeltern, Tanten, Onkel usw).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Gästen und Besuchern des Hauses, die sich normal verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie den Bedarf Ihrer Familie an Unterstützungsleistungen. *Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.*

	Erhält Ihre Familie Leistungen?		Meine Familie benötigt mehr von diesen Leistungen	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsene Tagebetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwistergruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung für Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternunterstützungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung für Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: "Die Fachspezialisten, die diese Leistung erbringen, verfügen über die erforderlichen Kompetenzen für die Betreuung meiner Familie."

	Stimme ich voll und ganz zu	Stimme ich zu	Stimme ich nicht zu	Stimme ich überhaupt nicht zu	K/A
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsene Tagebetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwistergruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung für Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternunterstützungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung für Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: "Diese Leistungen sind in Bezug auf meine Bedürfnisse effektiv."

	Stimme ich vollund ganz zu	Stimme ich zu	Stimme ich nicht zu	Stimme ich überhaupt nicht zu	K/A
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsene Tagebetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwistergruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung für Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternunterstützungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung für Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aus welche Schwierigkeiten stoßen Sie beim Zugang zu familienunterstützende Dienstleistungen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Beförderung	<input type="checkbox"/> Es gibt vor Ort keine Dienstleister und Anbieter	<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Probleme bei der Planung und Terminierung	<input type="checkbox"/> Kosten der Dienstleistungen / Meine Versicherung deckt die verfügbaren Leistungen nicht ab	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Es gibt vor nicht genug Anbieter		

Auf welche Weise hat der Autismus Ihres Kindes die Erwerbstätigkeit Ihrer Familie beeinträchtigt? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

	Ich	Mein Partner
Aufgabe der Arbeit außer Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzere Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längere Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel der Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel der Art der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderte Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderte Arbeitsaufgaben beim selben Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family Medical Leave Act (FMLA) in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beförderung und Karrieremöglichkeiten verloren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kündigung der Anstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strafsanktionen/Suspendierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir möchten Sie zur Ihrer Teilnahme am Leben Ihrer Gemeinde befragen.					
Sind Sie in der Lage, an folgende Aktivitäten teilzunehmen? <i>Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.</i>					
	Nehmen Sie teil?		Wenn ja, bitte geben Sie an wie viele Stunden in der Woche Sie teilnehmen.		
	Ja	Nein	Stunden		
Freiwillige Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gruppen der Kommune/Organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Geistliche oder religiöse Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hobbys oder besondere Interessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pflichten im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Soziale Aktivitäten mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige Aktivitäten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie in den letzten 30 Tagen an den folgenden Aktivitäten mit der gewünschten Intensität teilgenommen und sind diese Aktivitäten für Sie wichtig? <i>Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.</i>					
	Haben diese Aktivität ausgeübt?			Diese Aktivität ist für mich wichtig	
	Intensiv	Nicht intensiv	Zu intensiv	Ja	Nein
Bibliothek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport, Wellness- und Fitnessklub, einschließlich Schwimmen oder Teilnahme an Sportveranstaltungen (einschließlich Bowling, Tennis, Mini-Golf usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Treffen der Interessengruppe/Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an sozialen Gruppen der Gemeinde (z. B. Buchklub, Hobby-Gruppen, andere Gruppen mit ähnlichen Interessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Aktivitäten gesellschaftlicher und politischer Organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für die Teilnahme an der Umfrage PA Autismus