

PA AUTISMUS AUF DEM PRÜFSTAND

Vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen. Der Begriff Autismus wird hier für alle Autismus-Spektrumstörungen (ADS) verwendet. Wählen Sie, sofern nichts anderes angegeben ist, jeweils nur eine Antwort auf die Fragen. Bitte kontaktieren Sie bei allen Fragen ASERT Collaborative unter info@paautism.org or 1-877-231-4244.

Abschnitt 1

Welchem Geschlecht würden Sie sich am ehesten zurechnen?

Männlich Weiblich Sonstige

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.

Wie lautet Ihre 5-stellige Postleitzahl?

In welchem Jahr und in welchem Monat sind Sie geboren?

Geburtsmonat (MM) _____ Geburtsjahr (JJJJ) _____

Welche der folgenden Kategorien beschreibt Ihren aktuellen Familienstand am besten?

<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend / Geschieden	

Haben Sie Kinder?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, ich möchte keine Kinder
<input type="checkbox"/> Nein, aber ich plane, zukünftig Kinder ein	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
<input type="checkbox"/> Nein, ich habe mich noch nicht für oder gegen Kinder entschieden	

Wie hoch ist Ihr jährliches Einkommen aus Erwerbstätigkeit?

<input type="checkbox"/> 0 -10.000 USD	<input type="checkbox"/> 40.001 - 50.000 USD	<input type="checkbox"/> 80.001- 90.000 USD
<input type="checkbox"/> 10.001- 20.000 USD	<input type="checkbox"/> 50.001- 60.000 USD	<input type="checkbox"/> 90.001- 100.000 USD
<input type="checkbox"/> 20.001- 30.000 USD	<input type="checkbox"/> 60.001- 70.000 USD	<input type="checkbox"/> 100.000 USD +
<input type="checkbox"/> 30.001- 40.000 USD	<input type="checkbox"/> 70.001- 80.000 USD	

Haben Sie Haustiere (einschließlich Tieren im Dienst)?

Ja Nein

Haben Sie Verwandte mit Autismus?

Ja Nein Ich weiß nicht

Wenn ja, bei welchen Verwandten wurde Autismus diagnostiziert? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Tante/Onkel	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter
<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/> Cousin	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Großvater	<input type="checkbox"/> Nichte/Neffe	

Abschnitt 2

Ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand heute besser ist als vor zwölf Monaten:

Besser Schlechter Unverändert

Bitte erklären Sie Ihre Antwort:

Wie lange liegt Ihr letzter Besuch bei einem Zahnarzt zurück? (Die Frage bezieht sich auf alle zugelassenen Zahnärzte und Fachärzte wie Orthopäden, Mundchirurgen und Dentalhygienikerinnen.)

Weniger als sechs Monate 6 Monate bis 1 Jahr Mehr als 1 Jahr

Wie lange liegt Ihre letzte Routineuntersuchung beim Arzt zurück? (Eine Routineuntersuchung ist eine Untersuchung des allgemeinen Wohlbefindens. Es werden keine spezifischen Verletzung oder Erkrankungen untersucht.)

Weniger als sechs Monate 6 Monate bis 1 Jahr Mehr als 1 Jahr

Nehmen Sie momentan rezeptpflichtige Medikamente oder Vitamine ein?

Ja Nein Ich weiß nicht

Bitte geben Sie falls zutreffend die Medikament an, die Ihnen verschrieben wurden:

Abschnitt 3

Wurde bei Ihnen Folgendes diagnostiziert? 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 _____

Wie alt war ihr Kind als die Diagnose Autismus gestellt wurde?

Jahre alt Ich weiß nicht

Abschnitt 4

Haben Sie eine der folgenden Krankenversicherungen? 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 _____

Befindet sich Ihr Kind im Moment auf der Warte- oder Interessentenliste?

Warteliste für Programme für Personen mit geistiger Behinderung (P/FDS oder Consolidated waivers)

Interessentenliste für Programme des Bureau of Autism Services (BAS - Adult Autism Waiver oder ACAP)

Beides

Keine

Nicht sicher

Nehmen Sie derzeit an einem Medical Assistance Waivers oder Programm zur medizinischen Versorgung teil? Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.

	Ich nehme am Waiver bzw. an einem solchen Programm teil		Ich möchte mehr Informationen über den Waiver / das Programm.	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Adult Autism Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adult Community Autism Program (ACAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consolidated Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P/FDS Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBRA Waiver	<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"/>

Abschnitt 5

Haben Sie jemals aus anderen als medizinischen Gründen Medikamente eingenommen (außer Vitaminen)?

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

Hatte Ihr Kind jemals zuvor eine Überdosis Medikamenten (rezeptpflichtige oder illegale) eingenommen?

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

Abschnitt 6

Waren Sie mit Ihrem Kind im vergangenen Jahr aufgrund dessen Verhaltens oder aus psychischen Gründen in der Notaufnahme?

<input type="checkbox"/> Ja, _____ Mal.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten
-----------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------

Wurden Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres 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
-----------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------

BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN, SOFERN SIE IN EINEM KRANKENHAUS ODER EINER ÄHNLICHEN EINRICHTUNG WAREN, AUF DER BASIS DER LETZTEN EINWEISUNG. WENN NICHT SETZEN SIE BITTE MIT ABSCHNITT 7 FORT.

Aus welchem Grund/Gründen wurden Sie in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung eingewiesen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Aggression	<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Erhebliche Ausweitung der Obsessionen
<input type="checkbox"/> Oppositionelles und aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Nicht sicher
<input type="checkbox"/> Weggelaufen von Zuhause oder aus der Schule	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.

Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie mit den folgenden Aspekten des Krankenhausaufenthaltes?

	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"/>

Wie wurden Sie eingewiesen?		
<input type="checkbox"/> Ich habe die Einweisung selbst veranlasst (201, freiwillige Behandlung)	<input type="checkbox"/> Ich wurde gegen meinen Willen eingewiesen (302, nicht freiwillige Behandlung)	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Wie lange dauerte Ihr Aufenthalt 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 _____
Wurden Sie aufgrund Ihres Verhaltens oder aus 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 Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt aufgrund Ihres Verhaltens oder aus psychischen Gründen hinzu.		
Abschnitt 7		
Ist es jemals zu den folgenden Maßnahmen der Polizei/der Justiz gekommen? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>		
<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 verwarnt (außer Verkehrsdelikt)	<input type="checkbox"/> Zur Bewährung freigelassen	
<input type="checkbox"/> Vorladung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Polizeiliche Festnahme	<input type="checkbox"/> Keine	
	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.	
Waren Sie schon einmal Opfer eines Verbrechens?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Bitte erläutern Sie, sofern Sie es wünschen, Ihre Erfahrungen mit den Polizei- und Justizkräften oder als Opfer eines Verbrechens.		
Abschnitt 8		
Sind Sie derzeit angestellt? Bitte geben Sie nur bezahlte Stellen an.		
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin in Vollzeit (35 Stunden pro Woche oder mehr) beschäftigt	<input type="checkbox"/> Nein, ich bin im Moment auf Arbeitssuche	
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin in Teilzeit (weniger als 35 Stunden wöchentlich) beschäftigt	<input type="checkbox"/> Nein, ich bin Rentner bzw. im Ruhestand	
	<input type="checkbox"/> Nein, ich bin nicht in Rente und suche keine Arbeit	
Falls zutreffend, welche Art Tätigkeit üben Sie 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 _____

Falls nein, waren Sie jemals erwerbstätig?					
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.		
Wie alt waren Sie, als Sie erstmals erwerbstätig wurden?					
Welche der folgenden Möglichkeiten haben Sie genutzt, um nach einer Anstellung zu suchen? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.					
<input type="checkbox"/> Berufsberatung der Schule	<input type="checkbox"/> Kontakte von Eltern und Verwandten	<input type="checkbox"/> Programme zur Förderung der Erwerbstätigkeit oder andere Programme			
<input type="checkbox"/> Arbeitssuche im Internet	<input type="checkbox"/> Mundpropaganda				
<input type="checkbox"/> Berufsmesse	<input type="checkbox"/> Amt für berufliche Wiedereingliederung?	<input type="checkbox"/> Sonstige _____			
<input type="checkbox"/> Zeitung		<input type="checkbox"/> keine dieser Möglichkeiten (nicht arbeitssuchend)			
Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen über den Prozess der Arbeitssuche.					
	Sehr schwer	Schwer	Einfach	Sehr einfach	
Stellen und Arbeitsgelegenheiten zu finden, ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Ausfüllen eines Bewerbungsbogens ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einen Lebenslauf zu erstellen, ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eine Einladung zur einem Vorstellungsgespräch von potenziellen Arbeitgebern zu erhalten, ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Teilnahme an einem Vorstellungsgespräch ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Suche nach dem richtigen Verkehrsmittel für die Anfahrt zum Vorstellungsgespräch ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Follow up nach dem Vorstellungsgespräch ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen über Ihre Arbeitsstelle zustimmen.					
	Stimme ich voll und ganz zu	Stimme ich zu	Stimme ich nicht zu	Stimme ich überhaupt nicht zu	K/A
Ich fühle mich bei der Arbeit in eine Gruppe wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bitte meine Kollegen gern um Informationen oder Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe kein Problem damit, Vorgesetzte um Informationen und Hilfe zu bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe kein Problem damit, Vorgesetzte um eine Auszeit von der Arbeit zu bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht, um angemessene Räumlichkeiten zu bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen über Ihren momentanen oder Ihren letzten Arbeitsplatz zustimmen.					
	Stimme ich voll und ganz zu	Stimme ich zu	Stimme ich nicht zu	Stimme ich überhaupt nicht zu	K/A
Ich kann meine Fähigkeit nicht ausreichend nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde fair bezahlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhalte aufgrund meines Autismus Räumlichkeiten und Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissen die Personen an Ihrem Arbeitsplatz, dass Sie autistisch sind?					
<input type="checkbox"/> Ja, das ist allen bekannt.		<input type="checkbox"/> Ja, aber davon wissen nur meinen Kollegen		<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, aber es ist nur meinen Vorgesetzten bekannt.				<input type="checkbox"/> K/A (Ich bin derzeit nicht in Anstellung)	
Wenn nicht, warum? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.					
<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht, wie ich es ihnen sagen soll			<input type="checkbox"/> Ich habe Angst, dass sie mich verurteilen		
<input type="checkbox"/> Ich möchte wie alle anderen behandelt werden			<input type="checkbox"/> Sonstige _____		
<input type="checkbox"/> Ich glaube, das ist nicht notwendig			<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.		
Abschnitt 9					
Wie ist die Ihre momentane Wohnsituation?					
<input type="checkbox"/> Allein und ohne Unterstützung (zur Miete oder im Eigenheim)		<input type="checkbox"/> In einer Wohnanlage (inklusive staatliche Krankenhäuser oder staatliche Einrichtungen)			
<input type="checkbox"/> Allein und erhalte Unterstützung (zur Miete oder im Eigenheim)		<input type="checkbox"/> In einer Wohngemeinschaft			
<input type="checkbox"/> Mit einem Mitbewohner / Lebenspartner (zur Miete oder Eigenheim)		<input type="checkbox"/> Obdachlos			
<input type="checkbox"/> Mit den Eltern oder anderen Verwandten		<input type="checkbox"/> Sonstige _____			
Wie lange besteht diese Wohnsituation bereits?					
<input type="checkbox"/> Mein gesamtes Leben	<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 Ihrer aktuellen Wohnsituation?					
<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden		<input type="checkbox"/> Zufrieden		<input type="checkbox"/> Unzufrieden	
				<input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden	
Inwieweit fällt es Ihnen schwer, Dinge zu entsorgen, die Sie nicht mehr benötigen?					
<input type="checkbox"/> Sehr schwer		<input type="checkbox"/> Schwer		<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht schwer	
Wie oft beeinträchtigt Unordnung in Ihren Wohnräumen Ihre täglichen Aktivitäten? (Zum Beispiel weil Sie Material oder andere Gegenstände nicht finden oder sich nicht frei bewegen können.)					
<input type="checkbox"/> Immer		<input type="checkbox"/> Meistens		<input type="checkbox"/> Manchmal	
				<input type="checkbox"/> Nie	

Abschnitt 10

Besuchen Sie derzeit die Schule?

<input type="checkbox"/> Ja, die Universität	<input type="checkbox"/> Ja, eine Graduiertenschule	<input type="checkbox"/> Nein, aber ich würde es mir wünschen
<input type="checkbox"/> Ja, ich studiere zwei Jahren an einer Hochschule	<input type="checkbox"/> Ja, ich lerne an einer Berufsschule / technischen Fachschule	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, ich studiere vier Jahre an einer Hochschule		<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/> Ich habe die Schule besucht, aber keinen Schulabschluss am Gymnasium	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Hochschule oder einen <input type="checkbox"/> Berufsabschluss	<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"/> Hochschulabschluss / allgemeine Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Bachelor	
<input type="checkbox"/> Berufsschule / technische Fachschule	<input type="checkbox"/> Master	

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN, SOFERN SIE DERZEIT EINE SCHULE BESUCHEN. WENN NICHT SETZEN SIE BITTE MIT ABSCHNITT 11 FORT.

Wie sind Sie in der Schule angemeldet?

<input type="checkbox"/> Vollzeitstudium	<input type="checkbox"/> Teilzeitstudium	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------

Besuchen Sie den Unterricht persönlich oder lernen Sie online?

<input type="checkbox"/> Unterrichtsräume	<input type="checkbox"/> Online-Unterricht	<input type="checkbox"/> Sowohl persönlich als auch im Internet
-------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihnen die folgenden Aktivitäten helfen, Freundschaften zu schließen.

	Tiefe, feste Freundschaften	Zufällige, temporäre Freundschaften	Keine Freundschaften	Haben sich nicht beteiligt
Mentorenbetreuung durch Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studentengruppen oder Klubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Unterricht kennen lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Wohnheim oder Wohnbereichen kennen lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unternehmensinterne Veranstaltungen und Sportklubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige soziale Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihnen bekannt, dass Studenten mit Behinderungen an Ihrer Bildungseinrichtung gefördert werden?

<input type="checkbox"/> Ja, aber ich nutze diese Möglichkeiten nicht	<input type="checkbox"/> Ja und ich nutze diese Möglichkeiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------

Wurde in Ihrer Bildungseinrichtung ermittelt, dass Sie besondere Räumlichkeiten (z. B. Betreuung, spezielle Unterkunft und Beratung) benötigen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------

Bitte informieren Sie uns über Ihren Bildungsbedarf. Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.								
	Erhalten Sie diese Leistung?		Benötigen Sie mehr von dieser Leistung?					
	Ja	Nein	Ja	Nein				
Spezielle Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unterstützung bei den Prüfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Akademische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unterstützung bei den Aufzeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fachliche Betreuung und Nachhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mentorenbetreuung durch Kommilitonen/soziale Unterstützung	<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"/>				
Welche Pläne haben Sie nach dem Abschluss? Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.								
<input type="checkbox"/> Ausbildung fortsetzen (um einen Abschluss zu machen)		<input type="checkbox"/> Freiwilliger, Praktikant						
<input type="checkbox"/> Arbeitssuche		<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht						
<input type="checkbox"/> eine Auszeit nehmen (für Reisen oder anderweitig)		<input type="checkbox"/> Sonstige						
Abschnitt 11								
Bitte prüfen Sie, ob Sie die folgenden Leistungen kennen, daran teilnehmen oder weitere Informationen darüber benötigen. Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.								
	Sind mir bekannt	Bin ich beteiligt	Benötige ich weitere Informationen	K/A				
Amt für berufliche Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sozialleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Andere staatliche Unterstützung (Lebensmittelkarten, Wohngeld usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Abschnitt 12								
An wie vielen Wochentagen haben Sie im letzten Monat die Zeit mit Freunden außerhalb der Schule oder des Arbeitsplatzes verbracht?								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Haben Sie in den letzten 12 Monaten an Gruppenaktivitäten außerhalb der Schule in einer Jugendgruppe oder einer Sportmannschaft teilgenommen?								
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht				
Wenn ja, wie viele dieser Gruppen, an denen Sie teilnehmen, bestehen ausschließlich aus Menschen mit Behinderung?								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+				

Bitte geben Sie an, ob die folgenden Herausforderungen Ihre Beteiligung 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"/>

Bitte beschreiben Sie, inwieweit Sie mit den folgenden Beziehungen zufrieden sind.

	Ich habe keine Ich habe, aber ich würde gern...	Ich habe, aber hätte gern mehr / bessere...	Ich bin zufrieden mit meiner...	K/A	Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Freunde, denen ich vertraue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, mit denen ich meine Zeit verbringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zu meinen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zu meinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zu meinen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zu anderen Menschen, die mir wichtig sind (z. B. Ehepartner, Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft beschreiben die folgenden Aussagen das, was Sie fühlen.

	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
Ich habe keine Gesprächspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Interessen und Ideen werden von meinen Mitmenschen nicht geteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, Freunde zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie in der Lage, an folgende Aktivitäten teilzunehmen? Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.

	Ich nehme an dieser Aktivität teil		Wenn ja, bitte geben Sie an wie viele Stunden in der Woche Sie teilnehmen.
	Nein	Ja	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"/>	

Haben Sie in den letzten 30 Tagen an den folgenden Aktivitäten mit der gewünschten Intensität teilgenommen und sind diese Aktivitäten für Sie wichtig? Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.

	Haben diese Aktivität ausgeübt?			Ist diese Aktivität wichtig für Sie?	
	Intensiv	Nicht intensiv	Zu intensiv	Das ist wichtig für mich	Das ist nicht wichtig für mich
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 Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen	<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"/>

Abschnitt 13

Bitte beschreiben Sie Ihre besonderen Gesundheits- und Erziehungsbedürfnisse. Bitte wählen Sie, ob Sie diese Leistung erhalten und ob Sie mehr von dieser Leistung benötigen. **Bitte füllen Sie alle drei Spalten aus.**

	Erhalten Sie diese diesen Leistung?		Benötigen Sie mehr von dieser 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. betreuende Koordinatoren, Personal, das Sie bei der Eingliederung in die Gemeinde unterstützt, Fachleute der Gemeinde, persönliche Pflegekräfte)	<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"/>
Fallmanagement	<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"/>
Drogen- und Alkoholberatung	<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"/>
Beratung zu Leistungen	<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. betreuende Koordinatoren, Personal, das Sie bei der Eingliederung in die Gemeinde unterstützt, Fachleute der Gemeinde, persönliche Pflegekräfte)	<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"/>
Fallmanagement	<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"/>
Drogen- und Alkoholberatung	<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"/>
Beratung zu Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen auf Schwierigkeiten gestoßen?

Ja Nein

Wenn ja, was erschwert es, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen? 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 keine Dienstleister und Anbieter	<input type="checkbox"/> Die Anbieter vor Ort berücksichtigen Menschen mit diagnostizierten geistigen Behinderungen nicht
<input type="checkbox"/> Es gibt vor Ort nicht genug Anbieter	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Kosten der Dienstleistungen / Meine Versicherung deckt die verfügbaren Leistungen nicht ab	

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

Ja Nein Sonstige _____

Wenn ja, wo verwenden Sie diese Kommunikationssysteme. Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.

<input type="checkbox"/> Zu Hause	<input type="checkbox"/> In der Schule	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> In der Community	

Abschnitt 14

Fällt es Ihnen leicht, Fragen zur Identität Ihres Geschlechts zu beantworten?

Ja Nein

WENN JA, BITTE DIE FOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTEN. WENN NICHT, SETZEN SIE BITTE MIT ABSCHNITT 15 FORT.

Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt ermittelt und angegeben?

<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Intersex	<input type="checkbox"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten.
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Wurden Sie als Transgender und/oder nicht konformes Geschlecht eingestuft?

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

Abschnitt 15

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

<input type="checkbox"/> Ich fahre selbst und im eigenen Privatauto	<input type="checkbox"/> Als Passagier in einem Privatauto mit einem freiwilligen Fahrer
<input type="checkbox"/> Als Passagier im Privatauto meiner Eltern oder der Familie	<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 _____

Mit welchem Ziel nutzen Sie die Beförderung und die Verkehrsmittel? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>				
<input type="checkbox"/> Arbeitsweg/Anstellung	<input type="checkbox"/> Besuche bei der Familie und Freunden			
<input type="checkbox"/> Ausbildung, Berufsausbildung oder berufliche Weiterbildung	<input type="checkbox"/> Einkaufen/Tägliche Besorgungen			
<input type="checkbox"/> Soziale Beziehungen und Erholung	<input type="checkbox"/> Fitness- oder Wellnessklub			
<input type="checkbox"/> Arztbesuche und Termine in Gesundheitseinrichtungen	<input type="checkbox"/> Erreichen der Bushaltestelle oder des Bahnhofs			
<input type="checkbox"/> Religiöse Aktivitäten	<input type="checkbox"/> Sonstige _____			
Welche Situationen bereiten Ihnen Schwierigkeiten, wenn Sie zu Fuß unterwegs sind? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>				
<input type="checkbox"/> Überqueren von Straßen	<input type="checkbox"/> Gedrängel auf dem Gehweg			
<input type="checkbox"/> Einschätzen der Abstände und der Geschwindigkeit von Fahrzeugen	<input type="checkbox"/> Dichter Autoverkehr oder zu viel Verkehr			
<input type="checkbox"/> Bereiche ohne Fußwege (auf Rasen oder in Straßen)	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Richtung/Route			
	<input type="checkbox"/> Sonstige _____			
<input type="checkbox"/> Ablenkungen beim Laufen	<input type="checkbox"/> Keine Schwierigkeiten, wenn zu Fuß unterwegs			
Welche der folgenden Umstände, bereiten Ihnen im öffentlichen Verkehr Schwierigkeiten? <u>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</u>				
<input type="checkbox"/> Verkehrsmittel sind vor Ort nicht verfügbar	<input type="checkbox"/> Probleme beim Planen einer Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln			
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, die Bushaltestelle oder den Bahnhof ohne Hilfe zu erreichen	<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel sind unzuverlässig			
<input type="checkbox"/> Probleme beim Ein- und Aussteigen aus Zügen oder Bussen	<input type="checkbox"/> Angst vor Kriminalität in den öffentlichen Verkehrsmitteln			
<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel sind nicht verfügbar, wenn sie gebraucht werden	<input type="checkbox"/> Sorge, keinen Platz im Bus oder Zug zu finden			
<input type="checkbox"/> Die öffentlichen Verkehrsmittel fahren meine Ziele nicht an	<input type="checkbox"/> Möglicherweise unfreundliche Fahrer im öffentlichen Verkehr, die keine Hilfe leisten			
<input type="checkbox"/> Zu oft umsteigen	<input type="checkbox"/> Angst davor, wie andere Passagiere im öffentlichen Verkehr reagieren			
<input type="checkbox"/> Der öffentliche Verkehr ist zu teuer	<input type="checkbox"/> Sonstige _____			
<input type="checkbox"/> Meine Eltern/Vormünder möchten nicht, dass ich mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahre.	<input type="checkbox"/> Keine Probleme im öffentlichen Verkehr			
Abschnitt 16				
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beziehungen. Wie oft haben Sie 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"/>
Anderen Gästen, die Sie besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschnitt 17				
Gehören Sie einer Unterstützerguppe oder einer Interessenvertretung an?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, aber ich müsste es eigentlich	<input type="checkbox"/> Nein, aber ich würde es mir wünschen	<input type="checkbox"/> Nein	

Wenn ja, im Internet oder persönlich?		
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Beides
Wenn ja, warum gehören Sie zu dieser Gruppe? <i>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</i>		
<input type="checkbox"/> Freundschaft/Sozialisierung	<input type="checkbox"/> Sensibilisieren	<input type="checkbox"/> Interessenvertretung / Etwas verändern
<input type="checkbox"/> Mich Informieren	<input type="checkbox"/> Wurde mir empfohlen	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Ähnliche Interessen/Erfahrungen		
Wenn nicht, warum? <i>Wählen Sie alle zutreffenden Antworten.</i>		
<input type="checkbox"/> Beförderung	<input type="checkbox"/> Ich habe kein Zeit	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich ausgeschlossen / passe nicht dazu
<input type="checkbox"/> Es gibt in meiner Nähe keine/zu weit weg	<input type="checkbox"/> Entspricht meinem Alter / meinen Interessen nicht	<input type="checkbox"/> Es kostet Geld / Mitgliedsbeiträge
<input type="checkbox"/> Es interessiert mich nicht		<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Vielen Dank für die Teilnahme an der Umfrage PA Autismus