

Autizmus Alapítvány Ambulancia

1089 Budapest, Delej u. 21.

Levélcím: 1426 Budapest, Pf. 68

Telefon: +36-1/334-1123

Web: www.autizmus.hu

E-mail: titkarsag.ambulancia@autizmus.hu

**Fontos megjegyzés** (pl. időpontra vonatkozó):

(Igyekszünk figyelembe venni kéréseiket, de nem minden esetben tudjuk ezt vállalni. Megértésüket köszönjük.)

KONTROLLVIZSGÁLATI KÉRDŐÍV

az Autizmus Alapítvány Ambulanciáján történő
követéses vizsgálatokhoz

Összeállították:

az Autizmus Alapítvány Ambulanciájának munkatársai

Kedves Szülők!

Gyermeük kontrollvizsgálatának, illetve az ellátással, fejlesztéssel kapcsolatos tanácsadásnak pontosabb megtervezése érdekében kérjük, hogy gondolják át, vitassák meg a következő kérdőívben szereplő kérdéseket, és válaszolják meg azokat. Munkájuk nagymértékben segít minket a vizsgálat előkészítésében, és remélhetőleg a teendők pontosabb megtervezésében. Amennyiben valamely kérdésnél a válasza kevés hely áll rendelkezésükre, a kérdés számának felírásával külön lapon folytassák a válaszadást!

A gyermekre vonatkozó személyi adatok (név, születési idő) ismételt megadása a kérdőív feldolgozás adminisztratív szempontjai miatt szükséges. A lakcímre, intézményre, stb. vonatkozó adatokra az esetleges változások követése érdekében kérdezzük rá.

Kérjük, hogy a kitöltött kérdőívet *minél hamarabb* juttassák el ambulanciánkra a **1426 Budapest, Pf. 68.** címre. Csak abban az esetben tudjuk beosztani Önöket vizsgálatra, amennyiben megérkezett ambulanciánkra a kitöltött kérdőív.

Értesítési e-mail cím:@..... (erre a címre fogjuk küldeni az értesítéseket, vizsgálat időpontját, kérjük olyan címet adjanak meg, melyet naponta ellenőriznek, illetve figyeljék a spam mappát is, mert előfordulhat, hogy levelünket abba teszi a levelezőprogram)

Előző vizsgálatunk óta esetlegesen megváltozott személyes adatok, elérhetőségek:

1. A kérdőív kitöltésének dátuma:

2. A gyermek neve:

3. Születési ideje:

4. Lakcím:

5. Telefon:.....

6. Jelenlegi intézmény (óvoda, iskola stb.) neve, típusa:

6.1. Címe:

6.2. Osztályfok, csoport:

6.3. Mióta jár ebbe az intézménybe?

7. Egyéni fejlesztésben részesül-e (iskola, óvoda stb.) mellett vagy helyett?

7.1. Ha igen, milyen típusú, milyen gyakoriságú és időtartamú fejlesztést (foglalkozást) kap? Hol, kitől? Mióta?

.....

.....

8. Autizmus-specifikus fejlesztésben/ellátásban részesül-e?

8.1. Hol, milyen rendszerességgel?

8.2. Fejlesztő szakember(ek) neve:

9. Otthon bevezettek-e autizmus-specifikus eszközöket, ha igen, mik ezek (pl.: napirend, kommunikáció segítése tárgyakkal, képekkel stb.)?

.....

10. Kérjük, írja le röviden azokat a problémákat, panaszokat, amelyek a jelenlegi vizsgálatot vagy megbeszélést indokolják.

.....

.....

.....

.....

.....

11. Amennyiben jelentkezésük oka elsősorban az ellátással, beiskolázással, iskolaváltással kapcsolatos nehézség, kérjük, válaszoljanak a következő kérdésekre.

11.1. Történt-e vizsgálat a jelenlegi kérdéssel kapcsolatban máshol, ha igen hol, mikor (pl.: szakértői bizottság)?

.....

11.2. Mit javasoltak és mi az Önök véleménye a javaslatról?

.....

11.3. Mik az Önök elképzelései a gyermek ellátásával, beiskolázásával kapcsolatban?

.....

.....

12. Amennyiben gyakran előfordul gyermekük esetében problémás viselkedés, illetve elsősorban a gyermek viselkedésproblémái miatt jelentkeztek vizsgálatra, kérjük, válaszoljanak a következő kérdésekre.

12.1. Írják le néhány mondatban a gyermek legjellemzőbb viselkedési zavarait!

.....

.....

12.2. Általában hol jelentkeznek ezek a viselkedési problémák?

.....

12.3. Veszélyes-e önmagára vagy másokra nézve a gyermek viselkedése? Miért?

.....

12.4. Milyen gyakorisággal, milyen hosszan jelentkeznek?

.....

12.5. Hogyan állítható le, vagy csökkenthető a problémás viselkedés időtartama, intenzitása?

.....

12.6. Sikerült-e hosszabb távra hatékony kezelést találniuk?

13. Áll-e gyógyszeres kezelés alatt a gyermek? Ha igen, a gyógyszer(ek) neve, adagolása:
..... Mióta szedi gyermekük?

13.1. Kezelőorvos és ellátó kórház/rendelőintézet (aki felírja/javasolja a gyógyszert) neve:
.....

13.2. Milyen hatása van a gyógyszernek?
(Kérjük, hogy az orvos/ok írásos véleményének fénymásolatát hozzák magukkal a kontrollvizsgálatra.)

14. Amennyiben más intézmény felé történő igazolás, javaslat, vagy szociális juttatáshoz szükséges igazolás beszerzése érdekében igényelték a vizsgálatot, kérjük, icszelyék be, hogy milyen igazolásra van szükségük, és válaszoljanak a kérdés/ek/re. A személyre szóló igazolások esetében (pl. gyes igazolás az édesanya nevére) jelezzék az igénylő nevét és az időközben megváltozott személyi adatokat is!

☐ emelt összegű családi pótlék igényléséhez, kinek a nevére?

☐ meghosszabbított gyes igényléséhez, kinek a nevére?

☐ parkolási igazolvány igényléséhez, kinek a nevére?

☐ egyéb igazolás vagy javaslat, pontosan mihez?

Jelen állapotra vonatkozó kérdések:

15. Milyen lényeges változást (fejlődést, fejlődés megtorpanását, vagy visszaesést) tapasztaltak az elmúlt fél/egy évben a gyermek fejlődésében?

15.1. Miben fejlődött a leginkább? Miben a legügyesebb?
.....
.....

15.2. Miben romlott a teljesítménye?
.....
.....

16. Hogyan jelzi szükségleteit, kívánságait, pl. éhes, fájdalma van, WC-szükségletét, hogyan utasít el dolgokat, hogyan jelzi, ha örül valaminek? (Pl. elmondja; megmutatja; tárggyal jelzi; odahúzza Önt; kiszolgálja magát; sír, kiabál; nem tudja jelezni, stb.)
.....
.....
.....

17. Mennyire érti meg, hogy mit várnak el tőle? Hogyan irányítható leginkább (pl. szóban, gesztusokkal, fizikai segítséggel, vizuális segédeszközökkel)?
.....
.....
.....

17.1. Szükségleteit azonos módon jelzi-e az óvodában (iskolában, stb.) és otthon?

18. Hogyan jutalmazható? Minek örül a legjobban?
.....
.....

18. Sorolja fel a gyermek kedvenc tevékenységeit, érdeklődési körét! Milyen hosszan foglalatoskodik ezekkel?

.....

.....

.....

19. Foglalkoztatható-e a gyermek asztal mellett, ha igen kb. mennyi ideig?

.....

20. Mit csinál szívesen egyedül, és mihez igényel segítséget, társaságot?

.....

21. Van-e olyan tevékenység, amit elutasít?

.....

22. Kezdeményez-e közös tevékenységet (mit, kivel)?

.....

.....

23. Közös tevékenységekbe bevonható-e (mibe, mennyi időre, tartja-e a tevékenység szabályait)?

.....

.....

24. Milyen a kapcsolata jelenleg szüleivel, testvéreivel, családtagjaival?

.....

.....

25. Milyen a kapcsolata jelenleg kortársaival, ismerősökkel, idegenekkel?

.....

.....

26. Jellemző-e a gyermekre jelenleg bármilyen, zavaró mértékű ragaszkodás (pl. bizonyos tárgyakhoz, ételekben, öltözködésben, útvonalakhoz, egyes tevékenységek sorrendjéhez, stb.)?

.....

.....

.....

26.1. Ha igen, hogyan küzdhető le vagy előzhető meg?

.....

.....

27. Önellátásában mennyire önálló, mennyi és milyen segítséget igényel (pl. étkezés, öltözködés, mosakodás, WC-használat, utazás, elalvás területén)?

.....

.....

.....

28. Bevonható-e valamilyen házimunkába, mibe?

.....

29. Van-e olyan információ, amelyre vonatkozóan nem tettünk fel kérdést, de Ön fontosnak tartja, hogy megossza velünk? Kérjük, foglalja össze néhány mondatban!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Szükség esetén folytathatja a leírást a lap hátoldalán, esetleg külön lapon.

A kérdőív kitöltését köszönjük,

az Autizmus Alapítvány Ambulanciájának munkatársai