

BITTE BEANTWORTEN SIE **ALLE** FRAGEN

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

IRLEN Center NRW, Dorothee Perpeet, Walburger-Osthofen-Wallstr.1, 59494 Soest

NAME DES KLIENTEN _____ ALTER _____

ADRESSE _____

TELEFON _____

Fragebogen ausgefüllt von _____

Bitte die zutreffende Antwort einkreisen!

Mein Kind hat die Diagnose: Autismus; Asperger Autismus; ADS; ADSH;
sonstige _____

Trägt Ihr Kind eine Brille? JA/NEIN

Wenn JA: kurzsichtig /weitsichtig Dioptrin: _____

Trägt Ihr Kind eine Sonnenbrille? JA/NEIN

TEIL A

Bitte erläutern Sie alle mit "ja" beantworteten Fragen. Fügen Sie ggf. ein weiteres Blatt bei.

1. Probleme während der Schwangerschaft? Ja/Nein
Erläuterung:

2. Probleme bei der Geburt? Ja/Nein
Erläuterung:

3. Krankheiten? Ja/Nein
Erläuterung:

4. Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen?

5. Allergien? Ja/Nein
Erläuterung:

6. Nahrungsmittlempfindlichkeiten? Ja/Nein

Nahrungsmittel, die Probleme beim Denken, Reden oder ruhig Sitzen verursachen:

Nahrungsmittel, die Erschöpfung oder Gleichgültigkeit verursachen:

Nahrungsmittel, die Bauchschmerzen verursachen:

Nahrungsmittel, die Kopfschmerzen auslösen:

Andere Probleme:

Ernährt sich Ihr Kind auffällig einseitig? Ja/Nein

Nahrungsmittel/Nahrungsmittelgruppe (z.B. Milchprodukte) die überwiegend oder ausschließlich gegessen/getrunken werden:

7. Empfindlichkeit gegen bestimmte Gerüche z.B. Haarspray, Parfüm, Reinigungsmittel? Ja/Nein
Erläuterung:

8. Probleme, wenn eine Mahlzeit ausgelassen wird:
Kopfschmerzen_____ Schwindel_____ Stimmungsschwankungen_____
Überaktivität_____ Müdigkeit_____ Zittern_____ Gereizt_____
Sonstige_____

9. Einschlafprobleme/Durchschlafprobleme? Ja/Nein
Erläuterung:

10. Empfindlichkeit gegen bestimmte Kleidungsstücke; Stoffe; Gewebe? Ja/Nein
Welche?

11. Probleme mit eng sitzender Kleidung/lehnt enge Kleidung ab? Ja/Nein
Erläuterung:

12. Empfindlichkeit oder auffällige Reaktion auf bestimmte Geräusche? Ja/Nein
Erläuterung:

13. Ist Berührung unangenehm oder schmerzhaft? Ja /Nein /manchmal
Erläuterung:

14. Bitte kreisen Sie die Reize ein, die unangenehm, schmerzhaft oder unerträglich scheinen: Gerüche Geräusche Berührung Licht Muster Materialien
Sonstige_____

15. Bitte kreisen Sie die Reize ein, die einen "magnetisierenden" Effekt haben:
Licht Farben Muster Glitzern Oberflächen drehende Objekte
Bewegung
Sonstige_____

16. Gibt es (gab es) weitere Familienmitglieder mit (Verdacht auf) Autismus?
Ja/Nein Verwandtschaftsgrad:

17. Ist ein Familienmitglied lichtempfindlich? Empfindet ein Familienmitglied Sonnenlicht, helles Licht, Scheinwerfer/Straßenbeleuchtung als unangenehm? Ja/Nein Trägt die Person häufig eine Sonnenbrille? Ja/Nein
Verwandtschaftsgrad:
18. Liest ein Familienmitglied vorzugsweise weniger als eine Stunde ohne Unterbrechung, bzw. liest nur Zeitung oder Zeitschriften? Ja/Nein
Verwandtschaftsgrad:
19. Wird ein Familienmitglied durch Lesen müde, erschöpft oder gereizt? Ja/Nein Verwandtschaftsgrad:
20. Hat ein Familienmitglied Leseprobleme, Aufmerksamkeitsstörungen, Legasthenie? Ja/Nein Verwandtschaftsgrad:
21. Gibt es ein Familienmitglied mit Kopfschmerzen oder Migräne, die durch Licht oder Lesen beeinflusst wird? Ja/Nein
Durch Stress ausgelöst wird? Ja/Nein
Verwandtschaftsgrad:

TEIL B

Falls notwendig, bitte Erläuterungen auf einem gesonderten Blatt beifügen.

1. Gibt es (gab es) Probleme beim ausmalen?	Ja	Nein	?
2. Gibt es (gab es) Probleme an einer geraden Linie entlang zu schneiden?	Ja	Nein	?
3. Schwierigkeiten auf einer geraden Linie zu gehen	Ja	Nein	?
4. Schwierigkeiten mit oder Angst vor Drehtüren?	Ja	Nein	?
5. Schwierigkeiten oder zögern beim Betreten von Rolltreppen?	Ja	Nein	?
6. Ist es schwierig etwas gezielt aufzuheben oder auf einen Tisch zu stellen?	Ja	Nein	?
7. Zögern oder Angst eine Treppe hinauf oder hinunter zu gehen?	Ja	Nein	?
8. Ist es schwierig einen Ball zu fangen?	Ja	Nein	?
9. Ist es schwierig Fahrrad zu fahren?	Ja	Nein	?
10. Stolpern über die Bürgersteigkante?	Ja	Nein	?
11. Braucht er/sie besondere Aufforderungen, um eine Treppe herunter zu gehen?	Ja	Nein	?
12. Vermeidet er/sie automatisch schließende Türen?	Ja	Nein	?
13. Verhält er/sie sich ruhiger bei schwacher Beleuchtung und/oder bevorzugt er/sie schwache Beleuchtung?	Ja	Nein	?
14. Verändert er/sie die Helligkeit des Fernsehers?	Ja	Nein	?
15. Spielt er/sie mit der Farbregelung des Fernsehers?	Ja	Nein	?
16. Wird er/sie überaktiv oder unleidlich bei Neonlicht/Halogenlicht?	Ja	Nein	?
17. Verändert sich das Verhalten bei Neonlicht/Halogenlicht?	Ja	Nein	?
18. Sind bestimmte Farben unangenehm oder werden bestimmte Farben abgelehnt?	Ja	Nein	?
19. Blinzelt er/sie bei hellem Licht oder kneift ein Auge zu?	Ja	Nein	?
20. Beobachtet er/sie gern automatische Türen?	Ja	Nein	?
21. Scheint er/sie auf bestimmte Muster oder Streifen zu starren?	Ja	Nein	?

TEIL C

	NIE	MANCHMAL	HÄUFIG
1. Probleme Blickkontakt herzustellen	0	1	2
2. Schwierigkeiten mit einer Aufgabe anzufangen oder sich darauf zu konzentrieren	0	1	2
3. Schwierigkeiten sich mit Spielzeug oder Objekten zu befassen	0	1	2
4. Starrt ins Nichts	0	1	2
5. Schaut durch Personen oder Gegenstände hindurch	0	1	2
6. Starrt die eigenen Finger oder Hände an	0	1	2
7. Starrt in Lichtquellen, Spiegelungen oder wechselnde Beleuchtungen	0	1	2
8. Fixiert den Hintergrund, nicht die Person	0	1	2
9. Wird durch Licht/Farbreize in der Umgebung gestört	0	1	2
10. Überwiegend mit dem Drehen von Gegenständen, Handwedeln o.ä. beschäftigt	0	1	2
11. Ungeschickt oder linkisch in der Bewegung	0	1	2
12. Ungeschickt auf Spielgeräten	0	1	2
13. Fällt oder stolpert oft	0	1	2
14. Hält sich an Personen, Geländer oder Wand fest	0	1	2
15. Stolpert gegen Gegenstände/Möbel	0	1	2
16. Hat er/sie Schwierigkeiten durch Türöffnungen zu gehen?	0	1	2
17. Geht er/sie die Treppe hinauf/hinab ohne die Füße zu wechseln	0	1	2
18. Zögert an Treppen oder Rampen	0	1	2
19. Zeigt ungewöhnliche Reaktionen auf visuelle Reize in anderer Weise als hier beschrieben. Bitte beschreiben:	0	1	2

Teil D

	NIE	MANCHMAL	HÄUFIG
1. Schielt er/sie (oder schaut seitlich), wenn er/sie etwas anschauen soll?	0	1	2
2. Blinzelt/zwinkert er/sie periodisch oder anhaltend?	0	1	2
3. Schaut er/sie Dinge mit mehreren kurzen Blicken an?	0	1	2
4. Benennt er/sie einen Gegenstand ohne hinzuschauen?	0	1	2
5. Bedeckt er/sie ein Auge?	0	1	2
6. Reibt/drückt er/sie die Augen?	0	1	2
7. Schaut er/sie sich ein Geschehen an, indem er/sie den Kopf wendet und zu starren scheint?	0	1	2
8. Schaut er/sie beim Gehen auf den Boden oder an die Decke?	0	1	2
9. Schaut er/sie durch die eigenen Finger?	0	1	2
10. Schaut er/sie von Gegenständen weg (seitliches Sehen?)	0	1	2
11. Scheint er/sie überrascht, wenn man sich nähert?	0	1	2
12. Scheint er/sie ohne ersichtlichen Grund erschrocken?	0	1	2
13. Betrachtet er/sie Gegenstände mit weit geöffneten Augen oder durch anstarren?	0	1	2
14. Wird er/sie bei hellem Licht überaktiv oder unleidlich?	0	1	2
15. Hält er/sie sich vorzugsweise im Schatten auf?	0	1	2
16. Bevorzugt er/sie schwache Beleuchtung oder macht er/sie häufig die Lampen aus?	0	1	2
17. Wählt er/sie ungewöhnliche Hintergrundfarben für den Computerbildschirm oder verringert die Helligkeit?	0	1	2

Teil E

	NIE	MANCHMAL	HÄUFIG	?
1. Verliert er/sie die Lesestelle?	0	1	2	?
2. Hat er/sie Probleme von einem Buch abzuschreiben?	0	1	2	?
3. Hat er/sie Probleme von der Tafel abzuschreiben?	0	1	2	?
4. Kann er/sie besser abschreiben, wenn wenig Text groß gedruckt ist?	0	1	2	?
5. Beim Lesen: reibt er/sie die Augen, blinkert oder rückt näher an die Schrift?	0	1	2	?
6. Kann er/sie große Schrift besser lesen?	0	1	2	?
7. Wiederholt oder überspringt er/sie Zeilen beim Lesen?	0	1	2	?
8. Benutzt er/sie den Finger (oder Stift/Lineal) als Lesehilfe?	0	1	2	?
9. Läßt er/sie beim Schreiben ungleichmäßige Abstände zwischen den Wörtern?	0	1	2	?

TEIL F

Bitte stellen Sie Ihrem Kind die folgenden Fragen. Falls notwendig, fügen Sie bitte Erklärungen auf einem gesonderten Blatt bei.

Die Antworten erfolgten (bitte einkreisen): verbal FC Ja/Nein-Karte
gestisch sonstige Methode.....

1. Stört Dich bestimmte Art von Licht? Ja/Nein
Erläuterung:

2. Sind Lichtquellen manchmal von Lichtkränzen, Sternchen oder Farben umgeben?
Ja/Nein Erläuterung:

3. Wenn Du etwas anschaust, bekommt es manchmal farbige oder helle Flecken?
Ja/Nein Erläuterung:

4. Ist es für Dich schwierig ein Gesicht anzuschauen?
Ja/Nein Erläuterung:

5. Werden Dinge farbig oder verändern sie die Farbe während Du sie anschaust?
Ja/Nein Erläuterung:

6. Sieht eine weiße Seite glänzend, zu weiß oder zu hell aus?
Ja/Nein Erläuterung:

7. Tut es weh, eine weiße Seite anzuschauen?
Ja/Nein Erläuterung:

8. Scheinen Gegenstände auf Dich zuzukommen (z.B. Schränke) ?
Ja/Nein Erläuterung:

9. Ist es schwierig Streifen oder Muster anzuschauen?
Ja/Nein Erläuterung:

Schaust Du Muster oder Streifen besonders gern an?

Ja/Nein Erläuterung:

10. Magst Du einige Farben nicht oder stören Dich manche Farben?

Ja/Nein Erläuterung:

11. Ist es für Dich einfacher etwas anzuschauen, wenn Du die Augen zusammenkneifst oder seitlich schaust?

Ja/Nein Erläuterung:

12. Ist es schwer Personen anzuschauen?

Ja/Nein Erläuterung:

13. Ist es schwer Dinge anzuschauen?

Ja/Nein Erläuterung:

14. Bewegen oder verändern sich Dinge um Dich herum, wie z.B. Wände, Treppen, Tapeten, Teppichmuster, Möbel?

Ja/Nein Erläuterung:

15. Scheinen Dinge aufzutauchen und zu verschwinden?

Ja/Nein Erläuterung:

16. Scheinen Dinge auseinander zu fliegen?

Ja/Nein Erläuterung:

17. Ist es für Dich schwieriger zu verstehen, was Du siehst und hörst, wenn in dem Raum Neonlampen oder Halogenlampen an sind?

Ja/Nein Erläuterung:

18. Bekommst Du manchmal beim Autofahren Angst?

Ja/Nein Erläuterung:

Fährst Du gerne im Auto/Bus/Zug?

Ja/Nein Erläuterung:

19. Ist Ballspielen schwierig für Dich?

Ja/Nein Erläuterung:

20. Geht es Dir manchmal nicht gut beim Treppensteigen, beim Autofahren, im Aufzug?

Ja/Nein Erläuterung:

21. Werden Deine Augen müde, wenn Du liest oder Bilder betrachtest?

Ja/Nein Erläuterung:

22. Wenn es schwierig wird etwas anzuschauen, hast Du dann Probleme zuzuhören?

Ja/Nein Erläuterung:

TEIL G

Bitte kreisen Sie zutreffende Aussagen ein.

Selbststimulierendes Verhalten

Schaukelt den Körper	vor den Augen Handwedeln/Fingerflickern
Kopfwackeln	ständiges gleichmäßiges Schreiten
Dreht sich um die eigene Achse	rennt mit der Hand entlang der Wand

Kommunikationsmethode

Singen	Einfache Mehrwortsätze
Einwort-Sätze/Zeichen	Komplexe Sätze
Zwei- oder Dreiwort-Sätze/Zeichen	FC: Welche Mittel, wo wird gestützt:
Einfache Sätze	

TEIL H

Bitte beschreiben Sie, bei welchen Problemen Sie von der IRLLEN Filterbrille Hilfe/Besserung erwarten.

Die Irlen Methode kann Autismus nicht heilen!