

DATENBLATT

Patient*in:

Familienname:	Vorname: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
SV Nr: Geb. Datum:	Muttersprache:
Straße:	Wohnort:
Tel:	E-Mail:
Mitversichert bei:	Krankenversicherung:

Elternteil 1 z.B. Mutter:

Familienname:	Vorname:
SV Nr: Geb. Datum:	Muttersprache:
Beruf:	Arbeitgeber*in:

Elternteil 2 z.B. Vater:

Familienname:	Vorname:
SV Nr: Geb. Datum:	Muttersprache:
Beruf:	Arbeitgeber*in:

Obsorge liegt bei:

Geschwister (die im Autismuszentrum in Behandlung sind):

Ärztliche Betreuung:

Kinder- und Jugendärzt*in oder Hausärzt*in:

Erhöhte Kinderbeihilfe: ja nein

Pflegegeld: ja nein Pflegestufe:

Diagnose:

- Autismus Spektrum Störung (F84.0 Frühkindlicher Autismus, F84.5 Asperger Syndrom, F84.1 Atypischer Autismus)

Medikation:

--

Therapie aktuell:

--

Therapie bisher:

--

Kindergarten:

--