

## **Autizmus Alapítvány Ambulancia**

1089 Budapest, Delej u. 21.

Levél cím: 1426 Budapest, Pf. 68

Telefon: +36-1/334-1123

Web: [www.autizmus.hu](http://www.autizmus.hu)

E-mail: [titkarsag.ambulancia@autizmus.hu](mailto: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  
(nagykorú kliensek kontrollvizsgálatához)

Összeállították:  
az Autizmus Alapítvány Ambulanciájának munkatársai

## Kedves kontrollvizsgálatra jelentkező/gondviselő!

A kontrollvizsgálatnak, 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 válaszra kevés hely áll rendelkezésükre, a kérdés számának felírásával külön lapon folytassák a válaszadást!

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

*Amennyiben önrendelkező nagykorú személy esetében más kezdeményezi a kontrollvizsgálatot, mindenképpen kérjük, hogy a gondozásunk alatt álló kliens is írja alá a kitöltött kérdőívet!*

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 kliens neve: .....

3. Születési ideje: .....

4. Lakcím, telefon: .....

5. Önrendelkező-e? ..... Ha nem, gondnok/gyám neve: .....

6. Jelenlegi életvitel, ellátások:

6.1. Életvitel (pl. munkahely, nappali foglalkoztató, tanulmányok stb.) neve, típusa: .....

.....

6.2. Mióta részesül ebben az ellátásban/jár az intézménybe/dolgozik munkahelyén? .....

6.2. Kivel él egy háztartásban? .....

6.3. Milyen szociális juttatásban részesül (pl. fogyatékosági támogatás, rokkantsági, emelt családi pótlék)?

.....

7. Részesül-e valamilyen támogatásban/terápiában? Ha igen, milyen típusú, milyen gyakoriságú és időtartamú ez az ellátás? Hol, kitől? Mióta?

.....

.....

.....

8. Részesül-e autizmus-specifikus támogatásban/ellátásban? .....

8.1. Hol, milyen rendszerességgel? .....

8.2. Az ellátást végző szakember(ek) neve: .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**10. Milyen ellátás, juttatás (pl. családi pótlék, fogyatékosági támogatás, rokkantsági járadék, megváltozott munkaképesség megállapítása) igényléséhez kéri a vizsgálatot? A személyre szóló igazolások esetében (pl. családi pótlék) jelezzék az igénylő nevét és az időközben megváltozott személyi adatokat is!**

- emelt összegű családi pótlék igényléséhez, saját jogon vagy kinek a nevére? .....
- egyéb, pontosan mi az? .....
- egyéb igazolás vagy javaslat, pontosan mihez? .....

**11. Amennyiben jelentkezésük oka elsősorban az ellátással (pl. iskolai elhelyezés, lakhatás) vagy munkavállalással 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, illetve elképzelésük az ellátásról? .....

.....

**12. Amennyiben elsősorban kihívást jelentő viselkedés miatt jelentkeztek vizsgálatra, kérjük, válaszoljanak a következő kérdésekre.**

12.1. Írják le néhány mondatban a legjellemzőbb viselkedési zavarokat! .....

.....

.....

12.2. Általában hol jelentkeznek ezek a viselkedési problémák? .....

.....

12.3. Veszélyes-e önmagára vagy másokra nézve a viselkedés? 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. Gyógyszeres terápia.** Jelenleg szedett gyógyszerek neve, adagolása (tabl. és mg), a gyógyszer(ek) szedésének kezdete:

.....  
.....

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.)**

**Jelen állapotról vonatkozó kérdések:** (Kérjük, hogy csak az Önöket érintő kérdésekre válaszoljanak.)

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

14.1. Miben fejlődött a leginkább? .....

.....

.....

14.2. Miben romlott a teljesítménye? .....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

18. Szabadidős elfoglaltságok: .....

.....

.....

19. Van-e olyan tevékenység, amit elutasít? .....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

23. Önellátásában mennyire önálló, mennyi és milyen segítséget igényel (pl. önkiszolgálási tevékenységekben, munka vagy tanulás terén – pl. munkahelyre utazás)?

.....

.....

.....

**24. 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 kérdőívet kitöltő személy neve, kapcsolata a klienssel: .....

Önrendelkező felnőtt kliens aláírása: .....

*A kérdőív kitöltését köszönjük,*

az Autizmus Alapítvány Ambulanciájának munkatársai