

A-FFIP-Studie

Multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie
des Frankfurter Frühinterventionsprogramms
für Kleinkinder und Vorschulkinder mit
Autismus-Spektrum-Störungen

Case Report Form

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Studienleitung

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Deutschordenstr. 50, 60528 Frankfurt am Main
Tel. 069 - 6301 5408
Fax 069 - 6301 5843
e-mail: C.Freitag@em.uni-frankfurt.de

Studienkoordination

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag &
Dr. Ziyon Kim
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Deutschordenstr. 50, 60528 Frankfurt am Main
e-mail: Ziyon.Kim@kgu.de

Biometrie

Prof. Dr. Meinhard Kieser & Matthes Hackbusch
Institut für Medizinische Biometrie und Informatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg
Tel. 06221 - 56 - 5945
Fax 06221 - 56 - 4195
e-mail: hackbusch@imbi.uni-heidelberg.de

Datenmanagement

Caroline Skolik & Christina Klose
Institut für Medizinische Biometrie und Informatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg
Tel. 06221 - 56 - 4127
e-mail: skolik@imbi.uni-heidelberg.de

Klinisches Monitoring

Anna-Lena Gamer
Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS)
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg
e-mail: anna-lena.gamer@med.uni-heidelberg.de

Allgemeine Anleitung zum Ausfüllen der Patientendokumentationsmappe (CRF)

Dieses CRF ist für eine/n einzelne/n Patienten/-in bestimmt. Dokumentieren Sie bitte die Screening Nr. (entspricht lfd. Patientennummer pro Zentrum), den Geburtsmonat und das -jahr des/der Patienten/-in und die Zentrumsidentifikation (Zentrum Nr.) auf dem Deckblatt und jeder Seite des CRF.

Ein Patient ist eindeutig durch seine Screening Nr. und die Zentrum Nr. gekennzeichnet. Identifizieren Sie den/die Patienten/-in auf keiner CRF-Seite mit seinen/ihren Initialen oder dem vollen Namen.

Auf der letzten Seite der Therapiedaten ist der Name des Prüfers einzutragen und mit Datum und Unterschrift für die Richtigkeit der dokumentierten Angaben gegenzuzeichnen.

Benutzen Sie bitte einen schwarzen Kugelschreiber, schreiben Sie lesbar in Blockbuchstaben und in deutscher Sprache (benutzen Sie keinen Füller oder Bleistift). Bitte vermeiden Sie Abkürzungen.

Bitte beantworten sie alle Fragen. Falls eine Antwort nicht möglich ist, oder keine Daten vorhanden sind, benutzen Sie bitte:

ND: = nicht gemacht/nicht durchgeführt (not done)

NA: = nicht anwendbar/nicht zutreffend für diese/n Patienten/-in (not applicable)

NK: = nicht bekannt (not known)

Bitte machen Sie sonst keine Anmerkungen außerhalb der gekennzeichneten Felder.

Antwortkategorien

Beispiele

Zahlenangaben
(bitte rechtsbündig)

Alter

	2
--	---

 Jahre

1	0
---	---

 Monate

Datumsangaben

Datum der Einwilligung

0	7	0	4	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

T T M M J J J J

Einfachauswahl

Geschlecht

☒ männlich ☐ weiblich

Freitext

Primäre Diagnosen:

Diagnose

Korrektur

Um einen Eintrag im CRF zu korrigieren, streichen Sie bitte den zu verbessernden Eintrag so mit einer einfachen Linie durch, dass der ursprüngliche Eintrag lesbar bleibt. Schreiben Sie den korrekten Eintrag darüber/daneben oder setzen Sie das entsprechende Kreuz an die richtige Stelle. Datieren und unterschreiben Sie die korrigierten Einträge. Bitte benutzen Sie kein Tipp-Ex, um Fehler zu verbessern!

Beispiel: Datum der Einwilligung

0	7	0	4	2	0	1	7 ⁸
---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

01.05.2018



T T M M J J J J

Geschlecht

☒ männlich

☒ weiblich

01.05.2018



Durchschreibeschutz

Die einzelnen CRF-Seiten haben eine Durchschrift. Um das Durchschreiben auf die nächsten CRF-Seiten zu verhindern, verwenden Sie bitte diese Seite als Durchschreibeschutz, indem Sie sie beim Ausfüllen des CRF zwischen die auszufüllende und die nächste Seite legen.

Spezielle Hinweise

Dokumentation von Therapiedaten

Die Therapiedaten dokumentieren Sie bitte auf den dafür vorgesehenen Seiten über die Gesamtdauer der Studie. Bitte beachten Sie: Wenn ein Diagnostiktermin ohne Elterngespräch stattgefunden hat, müssen die weiteren Punkte "Schwerpunkt", "Setting", "PATCS erfolgt?" und "Stundendokumentation erfolgt?" nicht ausgefüllt und auch keine Bezugspersonen angegeben werden.

Anhang dieser Patientendokumentationsmappe

Der Anhang enthält folgenden Fragebogen, den Sie bitte jeweils an die entsprechenden Personen zum Ausfüllen weitergeben:

Eltern (wöchentlich): PATCS

Ausfüllbogen-Set für die Therapeuten

**T1-T6
/Th**

- Therapiedokumentation –

Bitte unmittelbar nach jeder Therapiestunde ausfüllen.

- Stundendokumentation –

Bitte unmittelbar nach jeder Therapiestunde ausfüllen.

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Therapiedokumentation

Teilnahme des Patienten an dem Therapie-Programm laut Studienprotokoll (nur Interventionsgruppe)

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

1) 0 = nein
1 = ja

2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person

3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld

4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten

5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

1) 0 = nein
1 = ja

2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person

3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld

4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten

5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
37	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

1) 0 = nein
1 = ja

2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person

3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld

4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten

5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
44	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
52	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
54	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
55	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
56	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
57	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
58	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

- 1) 0 = nein
1 = ja
- 2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person
- 3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld
- 4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten
- 5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
59	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
61	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
62	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
63	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
64	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
65	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
66	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
67	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
68	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
69	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
71	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
72	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

1) 0 = nein
1 = ja

2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person

3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld

4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten

5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
74	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
75	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
76	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
77	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
78	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
79	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
80	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
81	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
82	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
83	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
84	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
85	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
86	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
87	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
88	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

1) 0 = nein
1 = ja

2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person

3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld

4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten

5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
89	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
90	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
91	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
92	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
93	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
94	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
95	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
96	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
97	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
98	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
101	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
102	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
103	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

1) 0 = nein
1 = ja

2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person

3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld

4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten

5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Sitzung Nr.	Woche	Datum	Bezugs- person/en anwesend? ¹⁾	Wenn ja, wer? ²⁾	Schwerpunkt ³⁾	Setting ⁴⁾	Diagnostik- termin? ⁵⁾	PATCS erfolgt? ¹⁾	Stunden- dokumentation erfolgt? ¹⁾
104	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
105	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
106	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
107	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
108	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
109	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
110	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
112	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
113	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
114	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
115	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T T M M J J J J

- 1) 0 = nein
1 = ja
- 2) 1 = Mutter
2 = Vater
3 = Pflege-/Stiefmutter
4 = Pflege-/Stiefvater
5 = Großmutter
6 = Großvater
7 = Geschwisterkind
8 = Erzieher/in
9 = I-Helfer/in
10 = Logopäde/in
11 = Ergotherapeut/in
12 = andere Person
- 3) 1 = Elternarbeit
2 = Kind
3 = Austausch Umfeld
- 4) 1 = Einzeltherapie
2 = Gruppentherapie
3 = Gespräch
4 = Hospitation Kindergarten
- 5) 0 = kein
3 = T3 (Diagnostiktermin(e)
nach 12 Wochen)
4 = T4 (Diagnostiktermin(e)
nach 25-26 Wochen)
5 = T5 (Diagnostiktermin(e)
nach 37-39 Wochen)
6 = T6 (Diagnostiktermin(e)
nach 51-54 Wochen)

T T M M J J J J
Datum

Name des Prüfers
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Prüfers

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Stundendokumentation

Datum der Therapie:
T T M M J J J J

Sitzung-Nr.:

Therapeut: ☐ Haupttherapeut ☐ Vertretungstherapeut

Nummer des Therapeuten:

Co-Therapeut anwesend? ☐ ja ☐ nein

Nummer des Co-Therapeuten:

Bezugsperson(en) anwesend? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

(Zutreffende bitte ankreuzen!)

☐ Mutter
☐ Vater
☐ Pflege-/Stiefmutter
☐ Pflege-/Stiefvater

☐ Großmutter
☐ Großvater
☐ Geschwisterkind
andere Person: _____

Ziel-Nr. (laut Zieleliste)	Übung durchgeführt? ¹⁾	Übung variiert? ¹⁾	Ausmaß Hilfestellung? ²⁾	Zielebene gemeistert? ³⁾	Sind herausfordernde Verhaltensweisen aufgetreten? ¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹⁾ 0 = nein
1 = ja

²⁾ 0 = ohne Hilfe nicht geschafft;
es wurde mit Hilfe geübt
1 = mit Hilfestellung;
teilweise selbstständig ausgeführt
2 = selbstständig ausgeführt

³⁾ 0 = nein
1 = teilweise
2 = vollständig

Stundendokumentation - Zieleliste

Entwicklungsbereiche	Übergeordnetes Ziel	Einzelne Ziele	Nr.
9. Grundfertigkeiten	2. Aufmerksamkeitskontrolle	1. Reaktion Name	9.2.1
		2. Unwichtiges ausblenden	9.2.2
		3. Unterbrechen/Weitermachen	9.2.3
	3. Gemeinsame Aufmerksamkeit I: Blickfolgeverhalten	1. Gegenstand folgen	9.3.1
		2. BK in sozialer Interaktion	9.3.2
		3. Blick nutzen	9.3.3
	4. Imitation	1. Einfach motorisch	9.4.1
		2. Mit Gegenständen	9.4.2
		3. Verbal	9.4.3
	5. Repräsentationsfähigkeit	1. Objektpermanenz	9.5.1
		2. Repräsentation Bild /Objekt	9.5.2
		3. Prototypen	9.5.3
	6. Handlungsplanung	1. Mit Anleitung bearbeiten	9.6.1
		2. Gemeinsam erstellen und folgen	9.6.2
		3. Erweiterter Handlungsplan	9.6.3
	7. Selbstwahrnehmung	1. Körperteile zeigen	9.7.1
		2. Mein/Dein	9.7.2
		3. Selbstbenennung	9.7.3
10.2. Kommunikation und Sprache	1. Blickkontakt aufnehmen	1. Erhalt Gegenstand	10.2.1.1
		2. Übergabe Gegenstand	10.2.1.2
		3. Soziale Situation	10.2.1.3
	2. Rezeptiver Wortschatz	1. Gegenstand geben	10.2.2.1
		2. Verben	10.2.2.2
		3. Präpositionen	10.2.2.3
	3. Gestik	1. Nicken & Kopfschütteln	10.2.3.1
		2. Deuten	10.2.3.2
		3. Beschreibend	10.2.3.3
	4. Sprachanbahnung expressiv (unterstützt)	1. 1 BiKa angeboten	10.2.4.1
		2. Verschiedene Personen	10.2.4.2
		3. Spezifische BiKa Kommunikation	10.2.4.3
	5. Erweiterung des expressiven Wortschatzes	1. Einwortebene benennen/ einfordern	10.2.5.1
		2. Verben benennen	10.2.5.2
		3. Mehrwortebene	10.2.5.3

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Entwicklungsbereiche	Übergeordnetes Ziel	Einzelne Ziele	Nr.
10.3. Interaktion und Spielverhalten	6. Fragen stellen und beantworten	1. Ja/Nein	10.2.6.1
		2. Einfache W-Fragen	10.2.6.2
		3. Komplexe W-Fragen	10.2.6.3
	7. Kontaktgestaltung	1. Begrüßen/Verabschieden	10.2.7.1
		2. Positive Reaktion auf Angebote	10.2.7.2
		3. Altersangemessener Kontaktaufbau	10.2.7.3
	1. Gemeinsame Aufmerksamkeit II: Wechselseitigkeit	1. Spielerisches Abwechseln	10.3.1.1
		2. Reaktion auf "Schau mal"	10.3.1.2
		3. Proaktiv: Zeigen	10.3.1.3
	2. Tauschen	1. Auf Aufforderung für besseres	10.3.2.1
		2. Akzeptiert Tausch gleichwertiger	10.3.2.2
		3. Fordert Tauschen verbal	10.3.2.3
	3. Teilen	1. Teilt Spielzeuge	10.3.3.1
		2. Teilt Nahrung	10.3.3.2
		3. Teilt mit mehreren Personen	10.3.3.3
10.4. Emotionen	4. Nicht-interaktives Spiel	1. Sensumotorisch	10.3.4.1
		2. Ursache-Wirkung	10.3.4.2
		3. Konstruktion	10.3.4.3
	5. Einfaches gemeinsames Spiel	1. Parallelspiel	10.3.5.1
		2. Akzeptiert Einbringen	10.3.5.2
		3. Bezieht andere in Spiel ein	10.3.5.3
	6. Regelspiel	1. Abwarten & Abwechseln	10.3.6.1
		2. Einfache Würfelspiele	10.3.6.2
		3. Komplexe Regelspiele	10.3.6.3
	7. Fantasiespiel	1. STAO mit realen Gegenständen	10.3.7.1
		2. STAO mit Platzhaltern	10.3.7.2
		3. Spieleskripte mit Platzhaltern	10.3.7.3
	8. Rollenspiel	1. Vorgegebende Skripte mit eigener Rolle	10.3.8.1
		2. Kurze Skripte gemeinsam entwickeln	10.3.8.2
		3. Rollenspiel mit Figuren	10.3.8.3
	1. Emotionserkennung	1. Basisemotionen positiv & negativ	10.4.1.1
		2. Basisemotionen benennen	10.4.1.2
		3. Emotionsursache erkennen	10.4.1.3
	2. Emotionaler Ausdruck	1. Grimassen imitieren	10.4.2.1
		2. Basisemotionen imitieren	10.4.2.2
		3. Richten an andere	10.4.2.3

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Entwicklungsbereiche	Übergeordnetes Ziel	Einzelne Ziele	Nr.
10.5. Kognitive Fähigkeiten	3. Emotionsregulation	1. Bei negativen beruhigen lassen	10.4.3.1
		2. Selbstberuhigung	10.4.3.2
		3. Pause einfordern	10.4.3.3
	1. Klassifikationsprinzipien	1. Gleichen Gegenstand zuordnen	10.5.1.1
		2. Kategorien bilden (sortieren)	10.5.1.2
		3. Kategorie: Was passt nicht	10.5.1.3
	2. Eigenschaften/Gegensätze	1. Eine Eigenschaft finden	10.5.2.1
		2. Zwei Eigenschaften finden	10.5.2.2
		3. Gegensatzpaare finden	10.5.2.3
	3. Gedächtnis	1. Nichtwörter nachsprechen	10.5.3.1
		2. Zahlenreihen wiederholen	10.5.3.2
		3. Gegenstände abrufen	10.5.3.3
	4. Malen	1. Stiftbenutzung	10.5.4.1
		2. Imitation einfacher Formen	10.5.4.2
		3. Tripodengriff	10.5.4.3
	5. Mengenverständnis	1. Unterschied eins/zwei	10.5.5.1
		2. Konzept mehr/weniger	10.5.5.2
		3. Erkennt Mengen ohne zählen	10.5.5.3
	6. Theory of Mind	1. Visuelle Perspektive anderer verstehen	10.5.6.1
		2. Verständnis möglichen Wissens anderer	10.5.6.2
		3. Verständnis abweichender Vorlieben anderer	10.5.6.3
10.6. Alltagspraktische Fähigkeiten	7. Allgemeines Wissen	1. Wissen eigene Person	10.5.7.1
		2. Weltwissen alltägliche Abläufe	10.5.7.2
		3. Weltwissen spezifische Themen	10.5.7.3
	1. Alltagsroutinen	1. Am Tisch sitzen bleiben	10.6.1.1
		2. Selbstständiges An- & Ausziehen	10.6.1.2
		3. Hygieneroutinen	10.6.1.3
	2. Sauberkeitserziehung	1. Akzeptiert Toilettensitz	10.6.2.1
		2. Tagsüber teilweise ohne Windel	10.6.2.2
		3. Nachts ohne Windel	10.6.2.3
	3. Problemlösen	1. Um Hilfe bitten	10.6.3.1
		2. Um fehlenden Gegenstand bitten	10.6.3.2
		3. An andere wenden	10.6.3.3
	4. Gefahrenbewusstsein	1. Reaktion auf verbale Signale	10.6.4.1
		2. Ampeln	10.6.4.2
		3. Kennt Gefahrenquellen	10.6.4.3

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

Entwicklungsbereiche	Übergeordnetes Ziel	Einzelne Ziele	Nr.
	5. Räumliche Orientierung	1. Innerhalb Raum	10.6.5.1
		2. Innerhalb Gebäude	10.6.5.2
		3. Außerhalb Gebäude	10.6.5.3
	6. Zeitliche Orientierung	1. Verständnis einfache Abläufe	10.6.6.1
		2. Konzept kurz/lang	10.6.6.2
		3. Zeiteinteilungen nach Tagen/Wochen	10.6.6.3
A - Allgemeine Grundlagen v.a. zu Beginn der Therapie		1. Verstärkererprobung	A1
		2. Beziehungsaufbau Therapeuten	A2
		3. Situationskontrolle	A3
		4. Trennung von Bezugsperson	A4
B - Abbau unerwünschter Verhaltensweisen		1. Aggressionen	B1
		2. Zwänge	B2
		3. Stereotypen	B3
		4. Impulsivität	B4
		5. Alternativen	B5
		6. Ängste	B6
		7. Sensorische Besonderheiten	B7
		8. Vermeidungsverhalten	B8

Fragebogen-Set für die Eltern

El

- Parent Adherence to Treatment and Competence Scale (PATCS) –
Bitte in jeder 1. wöchentlichen Therapiestunde von den Eltern ausfüllen
und wieder abgeben lassen.

A-FFIP

Zentrum Nr.

Screening Nr.

Geburtsmonat/-jahr

PATCS

Sitzung-Nr:

ausgefüllt am:
T T M M J J J J

von: ☐ Mutter ☐ Vater
☐ Andere Person: _____

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl an, die angeben soll, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

*Bitte bewerten Sie Ihr Befinden in der **letzten Woche**.*

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Trifft gar nicht auf mich zu | | | | | |
| 2 | Trifft bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal | | | | | |
| 3 | Trifft in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft | | | | | |
| 4 | Trifft sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit | | | | | |
| 5 | Trifft absolut zu oder immer | | | | | |
| | | | | | | |
| I | Ich habe mir extra Zeit genommen, um die gelernten Strategien umzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| II | Es fiel mir schwer, die gelernten Strategien umzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| III | Ich empfand es als natürlich, die gelernten Strategien umzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| IV | Ich habe mich angestrengt, um die gelernten Strategien umzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| V | Ich fühlte mich sicher in der Anwendung der gelernten Strategien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| VI | Ich fühlte mich wohl bei der Anwendung der gelernten Strategien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |