

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
Deutschordensstr. 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
Deutschordensstr. 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 verbesserten 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 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

01.05.2018

T T M M J J J J

Geschlecht

männlich

weiblich

01.05.2018

Durchschreibschutz

Die einzelnen CRF-Seiten haben eine Durchschrift. Um das Durchschreiben auf die nächsten CRF-Seiten zu verhindern, verwenden Sie bitte diese Seite als Durchschreibschutz, 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 91 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 92 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 95 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 96 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 98 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 99 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 100 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 101 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 102 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 103 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 105 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 106 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 107 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 108 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 109 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 110 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 111 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 112 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 113 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 114 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 115 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

T T M M J J J J

T T M M J J J J
Datum

Name des Prüfers
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Prüfers

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

Stundendokumentation

Datum der Therapie: T T M M J J J JSitzung-Nr.: Therapeut: Haupttherapeut VertretungstherapeutBezugsperson(en) anwesend? ja neinNummer des Therapeuten:

Wenn ja, welche?

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

- Großmutter
- Großvater
- Geschwisterkind
- andere Person: _____

Co-Therapeut anwesend? ja nein

(Zutreffende bitte ankreuzen!)

Nummer des Co-Therapeuten:

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

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 - Zielliste

| 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 []

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

A-FFIP

Zentrum Nr. [] []

Screening Nr. [] [] []

Geburtsmonat/-jahr [] [] [] [] []

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

A-FFIP

Zentrum Nr. Screening Nr. Geburtsmonat/-jahr

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

Fragebogen-Set für die Eltern

EI

- 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:

[]

von:

 Mutter Vater Andere Person: _____

T T M M J J J

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 |