

Verbund Gemeindenahe Psychiatrie Leipzig | Kieler Straße 65 | 04357 Leipzig

**Verbund Gemeindenahe Psychiatrie**

Chefärzt:  
Dr. med. D. Zedlick

**Standort Kieler Straße**

Ärztlicher Leiter

Dr. med. S. Topf

FA f. Psychiatrie und Psychotherapie/Neurologie

Bearbeiterinnen: DP Kathleen Schröder

DP Jana Heinze

Telefon: 0341 231893-0

Telefax: 0341 231893-22

Email: autismusdiagnostik@sanktgeorg.de

Sehr geehrter Behandler, sehr geehrte Behandlerin,

Ihr/e KlientIn plant die Vorstellung zur Diagnostik in Bezug auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung in unserer Einrichtung.

Auf Grundlage der Ihnen bereits vorliegenden Informationen zu Ihrem Klienten, bitten wir Sie, uns einen kurzen Einblick zu Ihrer fachlichen Einschätzung mit Bezug auf die folgenden Fragestellungen zu gewähren.

Fremdbeurteilungen leisten in der Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter einen sehr wertvollen Beitrag. Wir bitten Sie um aussagekräftige Formulierungen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 0. Patientendaten

Name, Anschrift, Geburtsdatum, EMail

---

---

---

---

---

---

Klinikum St. Georg gGmbH  
Delitzscher Straße 141  
04129 Leipzig

Telefon: 0341 909-0  
Telefax: 0341 909-2155  
E-Mail: info@sanktgeorg.de

**Sitz der Geschäftsführung**

Leipzig

**Geschäftsführung:**

Dr. Iris Minde

Claudia Pfefferle

**Aufsichtsratsvorsitzender**

Torsten Bonew

**Registergericht** Leipzig

HRB-Nr.: 22506

**Umsatzsteuer-Nr.:**

23114400076

**Bankverbindung**

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN

DE11 3702 0500 0003 5577 00

BIC BFSWDE33LPZ

### **1. Perspektivübernahme**

Inwiefern ist der/die Klient\*In in der Lage, die Gefühle anderer nachzuempfinden, sich in die Lage des Gegenübers zu versetzen?

Wenn Einschränkungen wahrgenommen werden, handelt es sich eher um ein Verhaltensmuster, das Selbstschutz generiert oder eine Einschränkung bei der Verarbeitung von Reizen (häufig durch naiv wirkende Ratlosigkeit bei der Person erkennbar)?

### **2. Überempfindlichkeiten**

Leidet der/die Klient\*In unter sensorischen Überempfindlichkeiten, die den Schluss, auf eine unzureichende Reizverarbeitung zulassen? Wenn ja, welche?

### **3. Interaktion**

Wirkt der/die Klient\*In unbeholfen oder konkretistisch in der Kommunikation bzw. Interaktion (Passung wechselseitiger Kommunikation?/ Verständnis Sprachbilder, Ironie?). Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz!

### **4. Stereotypes Verhalten**

Wenn der/die Klient\*In stereotypes Verhalten zeigt, um welches handelt es sich und wofür dient es Ihres Erachtens?

**5. Intelligenz**

Kann bei dem/der Klient\*In von einem mindestens durchschnittlichen Intelligenzniveau ausgegangen werden?

**6. Bisherige Behandlungsdiagnosen:**

---

---

---

**7. Besteht nach Ihrer Einschätzung ein Verdacht auf das Vorliegen einer Störung aus dem autistischen Spektrum?**

**8. Kommt der Patient mit Ihrer Empfehlung?    Ja:                                    Nein:**

Name Behandler/ Behandlerin: \_\_\_\_\_

(Praxis)stempel und Unterschrift: