

Fragebogen Essen & Trinken

Mithilfe des vorliegenden Fragebogen können Sie mich bei der Recherche und Erstellung eines Buches zum Thema Essen und Trinken im Autismus-Spektrum unterstützen.

Sie können die Antworten direkt in das PDF eintragen und müssen den Bogen dafür nicht vorher ausdrucken. Am Smartphone muss das PDF heruntergeladen werden, es kann nicht direkt auf der Internetseite ausgefüllt werden.

Die folgenden Fragen sind nur eine grobe Richtlinie. Sie können diese auch nur teilweise ausfüllen oder mir die Informationen formlos zusenden. Ich freue mich über jede Nachricht!

Wenn Sie möchten, halte ich Sie gerne auf dem Laufenden und würde mich bei Bedarf nochmal bei Ihnen melden.

Herzliche Grüße Ulrike Funke

| Alter | Geschlecht | Bisherige Unterstützung |
|-------|------------|-------------------------|
| | | |

1. Trinken

| Wieviel trinken Sie täglich ca.? | Spüren Sie Durst? | Zwischen wie vielen Getränken wählen Sie aus? | Gab/Gibt es Veränderungen über die letzten Monate/Jahre? |
|----------------------------------|-------------------|---|--|
| | | | |

| Getränke | Kohlensäure | | Geschmack | | alkoholische Getränke | aus dem Glas | aus der Flasche |
|---|-------------|------|-----------|------|-----------------------|--------------|-----------------|
| | kalt | heiß | mit | ohne | | | |
| ich bevorzuge | | | | | | | |
| ich vermeide | | | | | | | |
| Gibt es noch weitere Besonderheiten, wie spezielle Geschmacksvorlieben? | | | | | | | |

2. Essen, allgemein

2.1 Verlauf beim Essen

| Spüren Sie Hunger ? | Dauer einer Mahlzeit und/oder Unterbrechungen | Schwierigkeiten beim Essen gleichbleibend weniger mehr |
|---------------------|---|---|
| | | |

2.2 Essensauswahl

| Nehmen Sie ausreichend Kalorien zu sich? | Wieviele verschiedene Lebensmittel sind möglich? | Ist die Auswahl ausgewogen (Gemüse, Obst, Eiweißprodukte...)? |
|--|--|---|
| | | |

2.3 Abbeißen, Kauen, Schlucken

| | | | |
|------------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| Besonderheiten beim Abbeißen | Besonderheiten beim Kauen | Werden zum Teil große Stücke geschluckt? | Müssen Sie häufiger Aufstoßen? |
| | | | |

2.4 Wahrnehmungsebenen beim Essen

2.4.1 Konsistenzen

Besonderheiten in Bezug auf Lebensmittel:

| | | | |
|---------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| | Abwechslungsreiche Lebensmittel | Mischen der Konsistenzen (Trennkost) | Neue Lebensmittel? |
| Ich bevorzuge | | | |
| Ich vermeide | | | |

| | | | |
|---------------|-----------------|------------------|---------------------|
| | hart weich | cremig fest | trocken feucht |
| Ich bevorzuge | | | |
| Ich vermeide | | | |

| | | | |
|---------------|--------------------|--|-----------------------|
| | klumpig sämig | paniertes Essen glatte Oberfläche | knusprig klebrig |
| Ich bevorzuge | | | |
| Ich vermeide | | | |

| | |
|---|--|
| Sonstige Besonderheiten in Bezug auf Konsistenz | |
|---|--|

2.4.2 Thermisch

Besonderheiten im Bezug auf Temperaturen beim Essen:

| | | | |
|---------------|----------------|------|--------------------|
| | Eis/Gefrorenes | heiß | warmes Mittagessen |
| Ich bevorzuge | | | |
| Ich vermeide | | | |

| | |
|---|--|
| Sonstige Besonderheiten wie Essen von Crushed-Ice | |
|---|--|

2.4.3 Geschmack

Besonderheiten im Bezug auf Geschmack :

| Gustatorisch | scharf/bitter | salzig | umami (fleischig, würzig) | süß | wechselnd |
|---------------|---------------|--------|------------------------------|-----|-----------|
| Ich bevorzuge | | | | | |
| Ich vermeide | | | | | |

2.4.4 Geruch

Besonderheiten im Bezug auf Geruch beim Essen :

| Olfaktorisch | eher süßlich (Vanille...) | eher intensiv (Bratensofe, Minzgeruch...) | geruchsintensives Essen | Aufenthalt in der Küche |
|---|------------------------------|---|-------------------------|----------------------------|
| Ich bevorzuge | | | | |
| Ich vermeide | | | | |
| weitere Beobachtungen (wie Nutzung von stark riechenden Salben oder Ölen) | | | | |

2.5 Safefood

| | |
|---|--|
| Was ist Ihr Safefood ? (Essen, das in fast jeder Situation möglich ist) | |
|---|--|

3. Weitere Wahrnehmungsbesonderheiten

3.1.1 Nutzen Sie Stimulationen/Stimming im Mundbereich?

| | Kopfschlagen | Zungenschnalzen, starkes Bewegen der Zunge | Zähneknirschen | starkes Grimassieren |
|--------|--------------|--|----------------|----------------------|
| selten | | | | |
| häufig | | | | |
| immer | | | | |

| | |
|-------------------------|--|
| sonstige Stimulierungen | |
|-------------------------|--|

3.1.2 Suchen Sie besondere Druck-/Spürinformationen und Essen zum Teil nicht essbare Dinge?

| | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Es werden folgende Dinge in den Mund genommen: | harte Gegenstände, wie Kieselsteine | Essen von Mehl, Sand oder Kreide | Haare, Wolle, Beißen in Kissen o. ä. | Kauen an den eigenen Fingern, Nägelkauen |
| Ich bevorzuge | | | | |
| Ich vermeide | | | | |
| sonstige Stimulierungen | | | | |

3.1.3 Welche Besonderheiten/Schwierigkeiten gibt es in folgenden Situationen?

| Weitere Beobachtungen | T-Shirt-beißen | Zahnpflege/ Körperpflege, Gesichtspflege | Speichel- oder Essensreste im Mundwinkel | Häufiges Tönen und vor sich hin Summen | sonstige Tics im Mundbereich |
|------------------------------|----------------|--|--|--|------------------------------|
| selten/nie | | | | | |
| manchmal | | | | | |
| ständig | | | | | |

3.2 Körperwahrnehmung allgemein

Welche ganzkörperlichen Regulationshilfen werden gebraucht

| | Aufspringen, Wippen oder Schlagen und Wedeln mit den Händen | technischen Geräte wie Smartphone oder Tablet | Erfolgt das Essen nach einem bestimmten Plan? |
|------------|---|---|---|
| selten/nie | | | |
| häufig | | | |
| ständig | | | |

4 Rahmenbedingungen

Gelingt das Trinken & Essen an bestimmten Orten leichter (Save-Places) ?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Daheim | in der Einrichtung | in bestimmten Räumen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

weitere Beobachtungen:

Hilft eine erhöhte Selbstbestimmtheit ?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| bei der Auswahl | beim Kochen | beim Anrichten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

weitere Beobachtungen:

5. Hilfen und Aussichten:

| Eigene Ideen die mir geholfen haben | Therapiekonzepte/ Bücher die mir geholfen haben |
|--|--|
| | |

| Was ist aktuell besonders schwierig/wichtig? | Was ist aktuell besonders gut? |
|--|--------------------------------|
| | |

Nochmals vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Herzliche Grüße Ulrike Funke