**Beauftragung der unteren Gesundheitsbehörde   
zur medizinischen Feststellung der Diagnose einer Autismus-Spektrums-Störung   
(§ 42.2 AO-SF)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geb.-Datum: |
| Schule: | Adresse: | Klasse / SBJ |

Name und Anschrift der Eltern

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Frau      Herr | Name: | Vorname: | Tel.: |
| Anschrift: | | | sorgeberechtigt |

2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Frau     Herr | Name: | Vorname: | Tel.: |
| Anschrift: | | | sorgeberechtigt |

 Sehr geehrte Schulleitung,

hiermit bitten wir Sie um die Beauftragung des Gesundheitsamtes. In einem medizinischen Gut-achten soll festgestellt werden, ob bei eine Autismus-Spektrums Störung vorliegt.

Es liegt die Diagnostik eines Kinder- und Jugendpsychiaters vor  \*

Es liegt die Diagnostik eines SPZ oder einer Klinik vor.\*

\* Um die medizinische Feststellung einer Autismus-Spektrum-Störung erstellen zu können, muss ein Gutachten eines Kinder- und Jugendpsychiaters oder einer Klinik zum Untersuchungstermin bereits vorliegen.

Folgende Unterlagen füge ich/fügen wir diesem Antrag bei:

Im Anschluss an die Untersuchung soll das Ergebnis auch der Schule mitgeteilt werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Datum und Unterschriften beider Eltern)

**An das**

**Gesundheitsamt der Stadt Köln**

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Neumarkt 15-21

50475 Köln Schulstempel

Hiermit bitten wir Sie, für die o.g. Schülerin / den o.g. Schüler um die medizinische Feststellung, ob eine Autismus-Spektrums-Störung vorliegt.

Datum Lehrkraft Schulleitung