



EINFACH ANDERS PERFEKT

DER FAMILIENPLANER

für Familien mit neurodivergenten Kids



Hallo, ich bin Silja.

Mama eines neurodivergenten Kindes, Expertin für Neurodivergenz und Gründerin von Anders Perfekt.

Mein eigener Alltag mit meinem Sohn Diego hat mir gezeigt, wie herausfordernd Familienleben sein kann, wenn Routinen, Termine, Therapien und Bedürfnisse ständig neu ausbalanciert werden müssen. Genau aus diesem Leben heraus ist dieser Planer entstanden. Ich begleite heute Mütter neurodivergenter Kinder dabei, ihren Familienalltag nicht nur irgendwie zu überstehen, sondern ihn bewusst und liebevoll zu gestalten.

Mit meiner Methode NeuroEssenz verbinde ich neurobiologisches Wissen über Neurodivergenz mit dem Verständnis für individuelle Energiemuster – denn wie unser Kind funktioniert und wie wir als Mama funktionieren, gehört zusammen.

Dieser Planer ist kein perfektes System.
Er ist ein Werkzeug für echte Familien mit echten Herausforderungen – für mehr Überblick, mehr Struktur und mehr Entlastung im Alltag.

Von Mama zu Mama.



IG: @andersperfekt

ANDERS PERFECT
P E R F E K T A N D E R S

Willkommen in deinem Anders Perfekt Familienplaner!

💡 Alles kann, nichts muss – dein Planer, dein Tempo!

Das Leben mit einer Familie ist bunt, manchmal chaotisch, oft wunderschön und ab und zu einfach nur herausfordernd. Dieser Planer soll dich im Alltag zu unterstützen, OHNE dich zusätzlich zu stressen. Hier findest du eine Mischung aus Organisation, Entlastung und hilfreichen Tools für neurodivergente Kids – aber du entscheidest, was für dich und deine Familie passt!

Was erwartet dich hier?

- ➔ Familien-Organisation leicht gemacht: Wochenplaner, Notfallnummern, Kontaktlisten, Haushaltsbuch, Rezepte und vieles mehr – damit du den Überblick behältst.
- ➔ Neuro Kids – hilfreiche Extras: Strukturpläne, Stärkenfinder, Notfall-Checklisten, Unterstützungsstrategien für Schule & Alltag, damit du dein Kind bestmöglich begleiten kannst.

Schlicht & flexibel – individuell für dich!

Ich habe den Planer bewusst minimalistisch gestaltet, damit er nicht überladen wirkt. Falls du ihn anpassen möchtest, kannst du ihn mit diesem Canva-Link nach deinem Geschmack bearbeiten und farblich individualisieren:

📌 [Hier gehts zum Bearbeiten](#)

Falls du mehr aus Canva rausholen möchtest, um den Planer oder andere Vorlagen anzupassen, dann schau doch mal in meinen Canva-Workshop rein. Hier lernst du, wie du Vorlagen einfach nach deinen Wünschen umgestaltest:

- ✓ Nutze, was dir hilft – ignoriere, was du nicht brauchst.
- ✓ Drucke ihn ganz oder in Teilen aus, hänge wichtige Seiten an den Kühlschrank oder nutze ihn digital.
- ✓ Und vor allem: Bleib entspannt – Perfektion gibt's nicht, aber eine gute Unterstützung schon!

Solltest du etwas vermissen, teile es mir gerne mit! Vielleicht gibt es bald ein Update mit genau dem, was dir noch fehlt. 😊

Ich wünsche dir viel Freude mit deinem Planer – möge er dein Leben leichter, strukturierter und stressfreier machen!

25 Tipps für entspanntere Tage mit neurodivergenten Kids

Manchmal fühlt sich der Alltag mit einem neurodivergenten Kind an, als würde man von Brand zu Brand hüpfen – chaotisch, laut, unberechenbar. Doch mit ein paar kleinen Anpassungen kannst du dein Kind besser begleiten und dabei auch selbst entspannter bleiben.

Hier sind praktische Tipps, die wirklich helfen:

1. Verständnis als Basis

- ✓ **ADHS & Autismus sind keine Erziehungsfragen** – dein Kind ist nicht „schwierig“, sondern erlebt die Welt einfach anders.
- ✓ **Reize filtern ist schwer** – Geräusche, Gedanken und Eindrücke sind für dein Kind oft so, als würdest du in einem überfüllten Einkaufszentrum stehen, während zehn Menschen gleichzeitig mit dir sprechen – und du sollst dich trotzdem auf eine einzige Aufgabe konzentrieren.
- ✓ **Feste Strukturen geben Sicherheit** – doch manchmal braucht es flexible Lösungen, um Überforderung zu vermeiden.
- ✓ **Nicht alles ist absichtlich!** Manches Verhalten ist eine Stressreaktion, kein Widerstand.

2. Struktur & Routine im Alltag

- ✓ **Klare Abläufe helfen** – z. B. ein fester Morgen- und Abendplan mit Bildkarten oder Stichworten.
- ✓ **Veränderungen früh ankündigen** – spontane Umstellungen sind oft stressig, deshalb möglichst vorher Bescheid sagen.
- ✓ **Kleine To-do-Listen nutzen** – aber nicht überladen! Maximal 3 Aufgaben auf einmal.
- ✓ **Feste „Ruhezeiten“ einplanen** – ein sensorischer Rückzugsort (z. B. Kuschecke, Kopfhörer, Höhle) hilft, nach aufregenden Momenten runterzufahren.
- ✓ **Übergänge erleichtern** – „In 5 Minuten gehen wir los“ oder visuelle Timer helfen, Überraschungen zu vermeiden.

3. Kommunikation, die ankommt

- ✓ **Kurz & klar sprechen** – lange Erklärungen gehen oft unter. Besser: „Jacke anziehen!“ statt „Könntest du jetzt mal bitte deine Jacke anziehen?“
- ✓ **Positiv formulieren** – statt „Nicht rennen!“ lieber „Lauf langsam!“
- ✓ **Anweisungen in kleine Schritte zerlegen** – statt „Zimmer aufräumen“ lieber „Leg zuerst alle Kuscheltiere ins Regal.“
- ✓ **Visuelle Hilfen nutzen** – Symbole, Bilder oder Checklisten können die Orientierung erleichtern.
- ✓ **Wiederholungen sind okay!** Manche Kinder brauchen mehrere Versuche, um eine Aufgabe richtig umzusetzen.

4. Konzentration & Fokus unterstützen

- ✓ **Bewegung vor dem Lernen einbauen** – z. B. 5 Minuten Trampolinspringen oder auf einem Gymnastikball sitzen.
- ✓ **Kurze Lerneinheiten mit Pausen** – 10-15 Minuten konzentrieren, dann 5 Minuten Bewegung.
- ✓ **Ablenkungen minimieren** – ruhiger Arbeitsplatz, evtl. Kopfhörer oder ein Sichtschutz.
- ✓ **Sich bewegen beim Zuhören** – Kritzeln, Kneten oder mit einem Fidget spielen kann helfen.
- ✓ **Kleine Erfolgserlebnisse feiern** – z. B. ein Punktesystem für erledigte Aufgaben oder Sticker als Belohnung.

5. Energie lenken statt unterdrücken

- ✓ **Lauf- & Bewegungspausen bewusst einplanen** – anstatt zu verlangen, dass dein Kind „ruhig sitzen bleibt“.
- ✓ **„Wackel-Möglichkeiten“ nutzen** – Kaugummi kauen, auf einem Wackelhocker sitzen oder einen Fidget benutzen.
- ✓ **Sport als Ventil** – Kampfsport, Trampolin springen oder Klettern helfen, Energie abzubauen.
- ✓ **Bei Gesprächen in Bewegung bleiben** – beim Erzählen spazieren gehen oder einen Ball hin- und herwerfen.
- ✓ **Sitzalternativen ausprobieren** – auf dem Boden sitzen, im Schneidersitz oder auf einem Sitzkissen.

6. Emotionen regulieren & Konflikte entschärfen

- ✓ **Gefühle benennen & spiegeln** – „Ich sehe, du bist gerade wütend. Das ist okay!“
- ✓ **Wut kreativ rauslassen** – z. B. in ein Kissen boxen, auf eine „Wut-Seite“ malen oder durch den Garten rennen.
- ✓ **Feste Rituale zur Beruhigung schaffen** – z. B. sanfte Massage, Fantasiereisen oder eine Kuschedecke.
- ✓ **Keinen Machtkampf daraus machen** – lieber ruhig bleiben und später darüber sprechen.
- ✓ **„Notfallplan“ für Meltdowns & Shutdowns erstellen** – Rückzugsorte & Beruhigungsstrategien bereit halten.

♥ 7. Selbstfürsorge nicht vergessen!

- ✓ Es ist okay, erschöpft zu sein. Du machst einen großartigen Job!
- ✓ Hol dir Pausen & Unterstützung. Ein erschöpftes Elternteil kann schwer für Ruhe sorgen.
- ✓ Feiere auch die kleinen Erfolge. Dein Kind hat heute einmal ohne Aufforderung die Schuhe angezogen? Riesenfortschritt! 🎉
- ✓ Tausche dich mit anderen Eltern aus. Niemand versteht dich besser als Menschen, die Ähnliches erleben.
- ✓ Perfektion ist nicht das Ziel – eine liebevolle Begleitung schon!

Dein Kind ist anders – nicht weniger!

Manchmal läuft's super, manchmal chaotisch – und das ist völlig in Ordnung. Mit kleinen Anpassungen, Verständnis und einer Portion Humor wird euer Alltag leichter. Dein Kind ist nicht „zu viel“ – es ist ein Wunderwerk voller Energie, Ideen und Kreativität.

♥ Du bist nicht allein – und du machst das richtig gut! 😊✨

LOS GEHT´S.....

INHALTSVERZEICHNIS

PLANUNG & STRUKTUR

Jahresübersicht	3
Wichtige Kontakte & Netzwerk	4
Monatsplaner	5
Wochenplaner	6
Tagesplaner	7
Morgenroutine	8
Abendroutine & Schlaf-Tracker	9

MEDIZIN & THERAPIE

Arzt- & Therapietermine (Jahresübersicht)	10
Arzttermin-Vorbereitung & Protokoll	11
Therapie-Protokoll	12
Medikamenten- & Supplement-Tracker	13

KIND & NEURODIVERGENZ

Sensory Profile & Trigger	14
Stärken & Interessen meines Kindes	15
Schule / Kita – Kommunikations-Log	16
Förderanträge & Behörden-Tracker	17
Notfall- & Krisenplan	18

Eltern-Selbstfürsorge	19
------------------------------	----

ELTERN & REFLEXION

Wochenrückblick Stimmung & Wohlbefinden	20
Brief an mich selbst	21
Notizen (Dotted Grid)	22
Meilensteine meines Kindes	23

NEU: NEURODIVERGENZ-SPEZIAL

Meine Sensory Box – Inhalt & Ideen	24
Wichtige Infos über mein Kind	25
Frühwarnsystem – Überforderung erkennen	26
Flexibler Notfallplan	27
Individuelle Trigger-Checkliste	28
Auffälligkeiten-Tracker	29
Meltdown / Shutdown / Overload	30
Schlaf-Tracker Monatsübersicht	31
Besonderheiten im Jahr	32
Ausflug-Checkliste	33
Fortschritte meines Kindes	34
Bonus: Rezepte / Sport und mehr...	

JAHRESÜBERSICHT

JAHR: _____

JANUAR						
M	D	M	D	F	S	S

FEBRUAR						
M	D	M	D	F	S	S

MÄRZ						
M	D	M	D	F	S	S

APRIL						
M	D	M	D	F	S	S

MAI						
M	D	M	D	F	S	S

JUNI						
M	D	M	D	F	S	S

JULI						
M	D	M	D	F	S	S

AUGUST						
M	D	M	D	F	S	S

SEPTEMBER						
M	D	M	D	F	S	S

OKTOBER						
M	D	M	D	F	S	S

NOVEMBER						
M	D	M	D	F	S	S

DEZEMBER						
M	D	M	D	F	S	S

WICHTIGE KONTAKTE

& UNTERSTÜTZUNGSNETZWERK

KINDERARZT / ÄRZTIN

Name: _____
Telefon: _____
Adresse: _____
Notizen: _____

SCHULE / KINDERGARTEN

Einrichtung: _____
Ansprechperson: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

WEITERE UNTERSTÜTZUNG

Name: _____
Telefon: _____
Funktion: _____
Notizen: _____

THERAPEUT/IN (ERGO / LOGO / PSYCHO)

Name: _____
Telefon: _____
Praxis: _____
Notizen: _____

NOTFALL-KONTAKT FAMILIE

Name: _____
Telefon: _____
Verfügbar: _____
Notizen: _____

SELBSTHILFE / BERATUNG

Organisation: _____
Telefon: _____
Website: _____
Notizen: _____

MORGENROUTINE

MEINES KINDES & MEINE

ROUTINE MEINES KINDES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MEINE MORGENROUTINE (ELTERN)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ZIELE DES TAGES

ME TIME

ACHTSAMKEIT

ARZTTERMIN

VORBEREITUNG & PROTOKOLL

DATUM: _____ ARZT / PRAXIS: _____ FACHRICHTUNG: _____

FRAGEN, DIE ICH STELLEN MUSS

-
-
-
-

BEOBACHTUNGEN SEIT DEM LETZTEN TERMIN

NÄCHSTE TERMINE

DARAN MUSS ICH DENKEN

THERAPIE-PROTOKOLL

DATUM: _____ THERAPEUT/IN: _____ ART DER THERAPIE: _____

FOKUS DER HEUTIGEN SITZUNG

ÜBUNGEN & AUFGABEN FÜR ZUHAUSE

FORTSCHRITTE

HERAUSFORDERUNGEN

MEDIKAMENTEN-TRACKER

& SUPPLEMENTS

MONAT:

KIND:

MEDIKAMENT / SUPPLEMENT	DOSIERUNG	UHRZEIT	M	D	M	D	F	S	S
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTIZEN ZU NEBENWIRKUNGEN / VERÄNDERUNGEN

SENSORY PROFILE

MEINES KINDES

NAME DES KINDES: _____

ALTER: _____

DAS BERUHIGT / HILFT MEINEM KIND

Geräusche: _____

Licht: _____

Berührung: _____

Bewegung: _____

Geruch: _____

Geschmack: _____

DAS TRIGGERT / ÜBERWÄLTIGT MEIN KIND

Geräusche: _____

Licht: _____

Berührung: _____

Bewegung: _____

Geruch: _____

Geschmack: _____

SENSORY BOX – INHALT & IDEEN

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

STRATEGIEN BEI MELTDOWN / OVERLOAD

Schritt 1: _____

Schritt 2: _____

Schritt 3: _____

Schritt 4: _____

Schritt 5: _____

Schritt 6: _____

ENERGIE-AMPEL – WIE GEHT ES MEINEM KIND HEUTE?

GUT (GRÜN)

MITTEL (GELB)

ERSCHÖPFT (ROT)

STÄRKEN & INTERESSEN

MEINES KINDES

NAME: _____ ALTER: _____

WAS MEIN KIND BESONDERS GUT KANN

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

AKTUELLE SPEZIALINTERESSEN

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

SO NUTZEN WIR STÄRKEN IM ALLTAG

- _____
- _____
- _____
- _____

MOTIVATOREN & BELOHNUNGEN

- _____
- _____
- _____
- _____

MEIN KIND IN EIGENEN WORTEN

- _____
- _____
- _____

SCHULE / KITA

KOMMUNIKATIONS-LOG

EINRICHTUNG: _____

SCHULJAHR: _____

KLASSENLEITUNG	INTEGRATIONSKRAFT	SCHULBEGLEITUNG / SHP
Name: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____	Name: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____	Name: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____

DATUM	THEMA / VORFALL	VEREINBARUNG / MASSNAHME	ERLEDIGT
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

FÖRDERANTRÄGE

& BEHÖRDEN-TRACKER

DATUM	ANTRAG / BEHÖRDE	STATUS	FRIST	NOTIZEN
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		
		<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Bew <input type="checkbox"/> Abg		

WICHTIGE BEHÖRDEN-KONTAKTE

NOTIZEN / NÄCHSTE SCHRITTE

NOTFALL- & KRISENPLAN

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Kinderarzt: _____

Notaufnahme: _____

Therapeut/in: _____

Krisentelefon: 0800 111 0 111

Vertrauensperson: _____

KRISENPLAN – SCHRITT FÜR SCHRITT

1. Ruhe bewahren – tief durchatmen

2. Kind in sichere Umgebung bringen

3. Reize reduzieren (Licht, Geräusche, Menschenmenge)

4. Bekannte Beruhigungsstrategie anwenden: _____

5. Wenn nötig: Vertrauensperson anrufen: _____

6. Danach: Vorfall dokumentieren & reflektieren _____

WER KANN EINSPRINGEN?

Person 1: _____

Tel.: _____

Person 2: _____

Tel.: _____

Person 3: _____

Tel.: _____

Person 4: _____

Tel.: _____

WICHTIGE DOKUMENTE & AUFBEWAHRUNGORT

Behindertenausweis: _____

Pflegegrad-Bescheid: _____

Therapieberichte: _____

Notfallmedikamente: _____

ELTERN-SELBSTFÜRSORGE

DU BIST AUCH WICHTIG

MEINE ENERGIE-TANKSTELLEN		MEINE BEDÜRFNISSE DIESE WOCH					
<input type="radio"/>	_____	_____					
<input type="radio"/>	_____	_____					
<input type="radio"/>	_____	_____					
<input type="radio"/>	_____	_____					
<input type="radio"/>	_____	_____					
<input type="radio"/>	_____	_____					
MINI-PAUSEN IM ALLTAG							
5 MIN		15 MIN			30 MIN		
_____		_____			_____		
_____		_____			_____		
MEIN WOCHENRÜCKBLICK							
	M	D	M	D	F	S	S
Gut geschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesund gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit für mich gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung geholt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEINE AFFIRMATION / GEDANKEN							

WOCHENRÜCKBLICK

STIMMUNG & WOHLBEFINDEN

WOCHE: _____

WIE WAR DIESE WOCHE FÜR MICH? (KURZE ZUSAMMENFASSUNG)

3 DINGE, DIE MICH DIESE WOCHE GLÜCKLICH GEMACHT HABEN

M D M D F S S

MEIN KIND:

Gut geschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeglichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule / Kita gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ICH ALS ELTERNTEIL:

Gut geschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mich gesorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolz auf mich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTIZEN & GEDANKEN ZUR WOCHE

BRIEF AN MICH SELBST

DATUM:

MONAT:

JAHR:

A large grid of small dots, arranged in approximately 30 rows and 40 columns, covering the majority of the page. This grid is intended for the user to write their letter to themselves.

NOTIZEN



MEILENSTEINE

MEINES KINDES

NAME:

GEBURTSTAG:

DATUM	MEILENSTEIN	NOTIZ

MEINE SENSORY BOX

INHALT & IDEENSAMMLUNG

KIND: _____

TAST-GEGENSTÄNDE (z.B. Knautschball, Stoff)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

SICHT & LICHT (z.B. Sonnenbrille, Lichterkette)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

HÖRSCHUTZ & KLANG (z.B. Ohrstöpsel, Musik)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

GERUCH & GESCHMACK (z.B. Lavendel, Kaugummi)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

WEITERE IDEEN & NOTIZEN

- _____
- _____
- _____

WICHTIGE INFOS

ÜBER MEIN KIND

NAME: _____

DIAGNOSE: _____

WAS MIR HILFT

WAS MICH STRESST

KLARE STRUKTUREN DIE ICH BRAUCHE

BERUHIGUNG – DAS HILFT MIR

KOMMUNIKATION – SO ERREICHT MAN MICH

FRÜHWARNSYSTEM

MEIN KIND KÜNDIGT ÜBERFORDERUNG SO AN

KÖRPERSPRACHE	GERÄUSCHE & SPRACHE	VERHALTEN
<input type="checkbox"/> Reibt sich die Augen oder hält sich die Ohren zu <input type="checkbox"/> Presst die Zähne aufeinander <input type="checkbox"/> Zieht sich die Kapuze tief ins Gesicht <input type="checkbox"/> Meidet den Blickkontakt / läuft unruhig hin und her <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Redet plötzlich sehr laut oder sehr leise <input type="checkbox"/> Wiederholt bestimmte Sätze (z.B. "Ich will nach Hause") <input type="checkbox"/> Antwortet nicht mehr oder schreit "durch mich hindurch" <input type="checkbox"/> Beginnt zu summen oder Geräusche zu machen <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Wird plötzlich aggressiv (schlägt, tritt, schmeißt Dinge) <input type="checkbox"/> Rennt ohne Vorwarnung weg <input type="checkbox"/> Beginnt zu weinen oder zu schreien <input type="checkbox"/> Erstarrt (Shutdown) und reagiert auf nichts mehr <input type="checkbox"/> Andere:
MEIN SIGNAL AN MEIN KIND		WAS DANN SOFORT HILFT
<hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/>
NOTIZEN		
<hr/> <hr/>		

FLEXIBLER NOTFALLPLAN

FÜR MEIN KIND

DAS HILFT MEINEM KIND AM BESTEN

- Ruhiger Rückzugsort / Sensory Corner
- Kuschelecke / Rückzugsdecke
- Kopfhörer aufsetzen
- Einen bestimmten Satz hören: "Es ist okay, du bist sicher"
- Andere:

UNSERE CODEWÖRTER

- **Pause:**
Ich brauche eine Pause
- **Sicher:**
Ich fühle mich überfordert
- **Roter Alarm:**
Sofort helfen bitte
- Unser Codewort:**

ALTERNATIVEN OHNE WORTE

- Handzeichen (z.B. zwei Finger nach oben = Pause)
- Einen kleinen Gegenstand (Fidget, Münze) festhalten
- Einen "Pause-Knopf" auf einer Karte zeigen
- Kinder- oder Jugendsymbol auf der Handy zeigen

WENN DAS NOTFALL-SIGNAL ERKANNT WIRD – SOFORT HANDELN

1. Ruhe ausstrahlen – ruhige, tiefe Stimme
2. Reize reduzieren (Licht dimmen, Geräusche stoppen)
3. Körperlichen Abstand geben – nicht anfassen
4. Codewort oder Signal einsetzen
5. Kind in sicheren Bereich begleiten:
6. Warten bis Kind bereit ist zu kommunizieren

MEIN SIGNAL AN MEIN KIND – ERKLÄRE ICH ES SO

INDIVIDUELLE

TRIGGER-CHECKLISTE

KIND: _____

1. GERÄUSCHE & LÄRM

- Laute Geräusche (z.B. Sirenen, Feueralarm)
- Viele Stimmen gleichzeitig (z.B. Klassenraum)
- Bestimmte Töne (z.B. Kreide auf der Tafel)
- Plötzliche Geräusche (z.B. Türklingen)
- Andere:

3. SOZIALE INTERAKTIONEN

- Gruppenarbeiten (z.B. Gruppenarbeiten, Teamspiele)
- Blickkontakt halten
- Gespräche mit Fremden und Unbekannten
- Unklare Anweisungen oder indirekte Aussagen
- Andere:

5. ESSEN & SENSORISCHE REIZE

- Bestimmte Konsistenzen oder Geschmäcker
- Gemischtes Essen (z.B. Lebensmittel berühren sich)
- Bestimmte Temperaturen (zu heiß / zu kalt)
- Zu enge Kleidung oder Schlupfhosen anderer Menschen
- Andere:

2. BERÜHRUNGEN & KÖRPERKONTAKT

- Kleine Stöße gleichzeitig (z.B. Klassenraum)
- Bestimmte Stoffe (z.B. Kreide auf der Tafel, Wolle)
- Plötzliche Berührungen (z.B. Türklingen)
- Andere:

4. VERÄNDERUNGEN & UNERWARTETES

- Spontane Planänderungen oder Überraschungen
- Neue Umgebung (z.B. Klassenwechsel, Ausflug)
- Einhalten neuer oder neue Bewegungsroutinen
- Dinge nicht an ihren gewohnten Platz
- Andere:

6. KONZENTRATION & AUFGABEN

- Lange oder komplexe Aufgaben ohne Pausen
- Arbeiten in lauter Umgebung
- Mündliche Anweisungen ohne visuelle Unterstützung
- Mehrere Anweisungen gleichzeitig bekommen
- Andere:

DAS FÄLLT MIR NOCH DAZU EIN:

MELTDOWN · SHUTDOWN

OVERLOAD – DOKUMENTATION

DATUM: _____ UHRZEIT: _____ ART: Overload Meltdown Shutdown

WAS IST VORHER PASSIERT? (TRIGGER)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
WIE HAT SICH MEIN KIND VERHALTEN?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
WELCHE STRATEGIEN HABEN GEHOLFEN?	WAS WÜRDEN SIE NÄCHSTES MAL ANDERS MACHEN?
<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
WIE LANGE HAT ES GEDAURT? / WIE WAR DIE ERHOLUNG?	
<hr/> <hr/> <hr/>	

SCHLAF-TRACKER

MONATSÜBERSICHT

MONAT: _____

NAME: _____

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
----	----	----	----	----	----	----

W1	EINSCHLAFEN						
	AUFWACHEN						
	STUNDEN						
	STIMMUNG						

W2	EINSCHLAFEN						
	AUFWACHEN						
	STUNDEN						
	STIMMUNG						

W3	EINSCHLAFEN						
	AUFWACHEN						
	STUNDEN						
	STIMMUNG						

W4	EINSCHLAFEN						
	AUFWACHEN						
	STUNDEN						
	STIMMUNG						

NOTIZEN ZUM SCHLAF

BESONDERHEITEN IM JAHR

BESONDERE MOMENTE & EREIGNISSE

JANUAR	FEBRUAR	MÄRZ
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
APRIL	MAI	JUNI
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
JULI	AUGUST	SEPTEMBER
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OKTOBER	NOVEMBER	DEZEMBER
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

AUSFLUG-CHECKLISTE

DARAN MÜSSEN WIR DENKEN

ZIEL: _____

DATUM: _____

WAS ICH IMMER DABEI HABEN MUSS

- Kopfhörer / Gehörschutz
- Sonnenbrille
- Lieblingsstofftier / Fidget
- Snacks (vertraute Lebensmittel)
- Wasser
- Notfallmedikamente
- Kommunikationskarte

VORBEREITUNG ZUHAUSE

- Ziel vorab in Bildern zeigen
- Ablauf besprechen und visualisieren
- Rückzugsmöglichkeit vor Ort klären
- Notfallplan besprechen
- Anreise üben / Weg zeigen
- Erwartungen klären (Dauer, Lautstärke)

VOR ORT – DARAUF ACHTEN

- Ruhigen Platz / Rückzugsort suchen
- Reizarme Route wählen
- Pausen einplanen
- Nicht zu lange bleiben

DANACH – REFLEXION

EIGENE ERGÄNZUNGEN & NOTIZEN

WELCHE FORTSCHRITTE HAT MEIN KIND GEMACHT?

KIND: _____

ZEITRAUM: _____

WELCHE FORTSCHRITTE SIND SICHTBAR?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

KLEINE ERFOLGE DES ALLTAGS

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

DARAUF BIN ICH ALS ELTERNTEIL BESONDERS STOLZ

- _____
- _____
- _____

NÄCHSTE ZIELE & WÜNSCHE FÜR MEIN KIND

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

FREUNDE DER FAMILIE

NO.	NAME	EMAIL	TELEFONNUMMER
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

WICHTIGE VERSICHERUNGEN

NAME	RUFNUMMER / VERSICHERUNGSNUMMER

TAGES PLANER

06-07
07-08
08-09
09-10
10-11
11-12
12-13
13-14
14-15
15-16
16-17
17-18
18-19
19-20

M D M D F S S

DATUM: _____

PRIORITÄTEN:

TO DO LIST	

NOTES

WOCHENPLAN

MONTAG

FREITAG

DIENSTAG

SAMSTAG

MITTWOCH

SONNTAG

DONNERSTAG

REMINDER

WOCHEN RÜCKBLICK

M

D

M

D

F

S

S

AUF WAS HABE ICH
MICH DIESE WOCHE
FOKUSIERT?

WAS HABE ICH DIESE
WOCHE ALLWS
ERLEDIGT?

WELCHE FORTSCHRITTE
HABE ICH GEMACHT?

WELCHE
HERAUSFORDERUNGEN
HATTE ICH?

WELCHE NEGATIVEN
GEDANKEN HABE ICH
HINTER MIR GELASSEN?

WAS HABE ICH DIESE
WOCHE GELERNT?

WIE STEHST DU ZU
DEINEN
FORTSCHRITTEN?

JAHRESÜBERBLICK

JAHR: _____

JANUAR

FEBRUAR

MÄRZ

APRIL

MAI

JUNI

JULI

AUGUST

SEPTEMBER

OKTOBER

NOVEMBER

DEZEMBER

ESSENS PLAN

WOCHE _____

DATUM _____

MONTAG	
F	
M	
A	
S	

SAMSTAG	
F	
M	
A	
S	

DIENSTAG	
F	
M	
A	
S	

NOTIZEN

MITTWOCH	
F	
M	
A	
S	

DONNERSTAG	
F	
M	
A	
S	

FREITAG	
F	
M	
A	
S	

Area for notes, consisting of 10 horizontal grey bars.

ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

M D M D F S S

DATUM: _____

FRÜHSTÜCK	MENGE	KOHLLENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

MITTAGESSEN	MENGE	KOHLLENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

ABENDBROT	MENGE	KOHLLENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

SNACKS	MENGE	KOHLLENHYDRATE	FETT	PROTEIN	CALOKALORIEN	NOTES

GESAMT						
---------------	--	--	--	--	--	--

EINKAUFLISTE

FLEISCH		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

FISCH		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

OBST/ GEMÜSE		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

AUF VORRAT KAUFEN		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

KONSERVEN		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

MICHPRODUKTE		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

GEWÜRZE / SOßEN		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

SONSTIGES		PREIS
1		
2		
3		
4		
5		

NOTIZEN

MEIN SPAR PLAN

WOCHE	BETRAG	KONTOSTAND	ERLEDIGT

NOTIZEN

A large area with a light gray background and a grid of small dots for taking notes.

REISEPLAN

DATUM: _____

WAS ICH ALLES SEHEN WILL...

WAS ICH ALLES MACHEN MÖCHTE

WO KANN MAN DORT GUT ESSEN

REISE TIPPS:

AUSFLUGSPLANER

ZIEL: _____

TAG	
TAG-1	
TAG-2	
TAG-3	
TAG-4	
TAG-5	
TAG-6	
TAG-7	

EINKOMMEN

BESCHREIBUNG	BETRAG	DATUM

NOTES

.

.

.

.

BESTELLUNGEN

NAME : _____

MONAT : _____

DATUM	BESTELLUNG	MENGE	DETAILS	ERLEDIGT

NOTES

PRIO - LISTE

DATUM:

HOHE PRIORITÄT

NIEDRIGE PRIORITÄT

<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

NOTES

AUSGABEN TRACKER

MONAT _____

DATUM	FÜR WAS?	AUSGABE	VERBLEIBEND

PASSWORT TRACKER

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

WEBSEITE	
EMAIL	
PASSWORD	
NAME	
NOTIZEN	

NOTIZEN

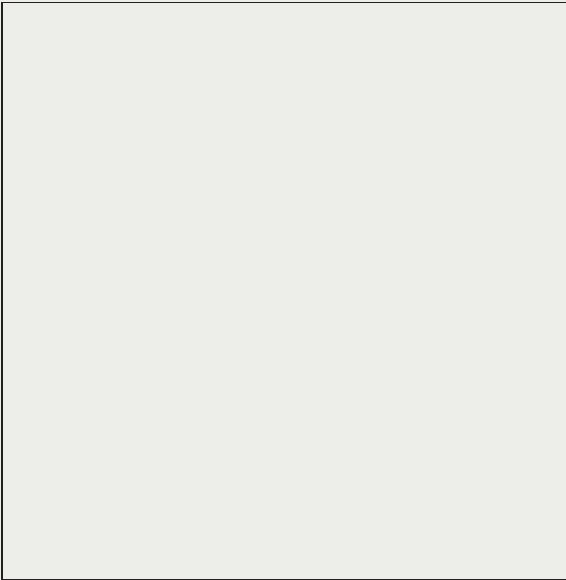
NOTIZEN:



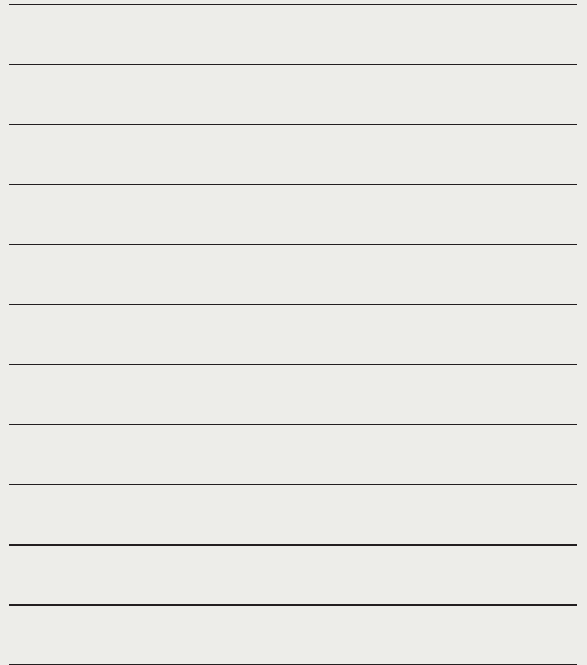
MEINE NOTIZEN

WOCHE:

SPRÜCHE:

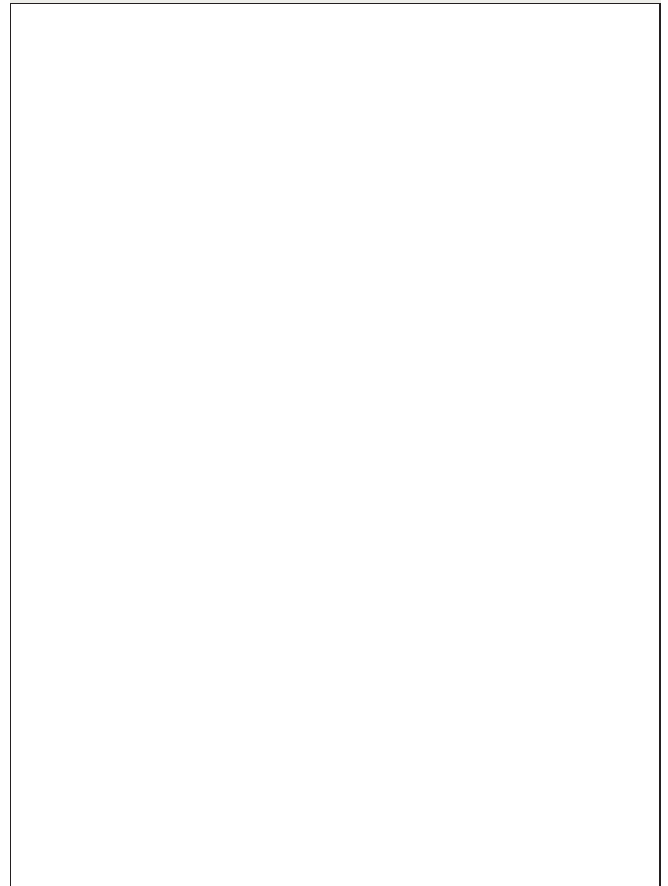
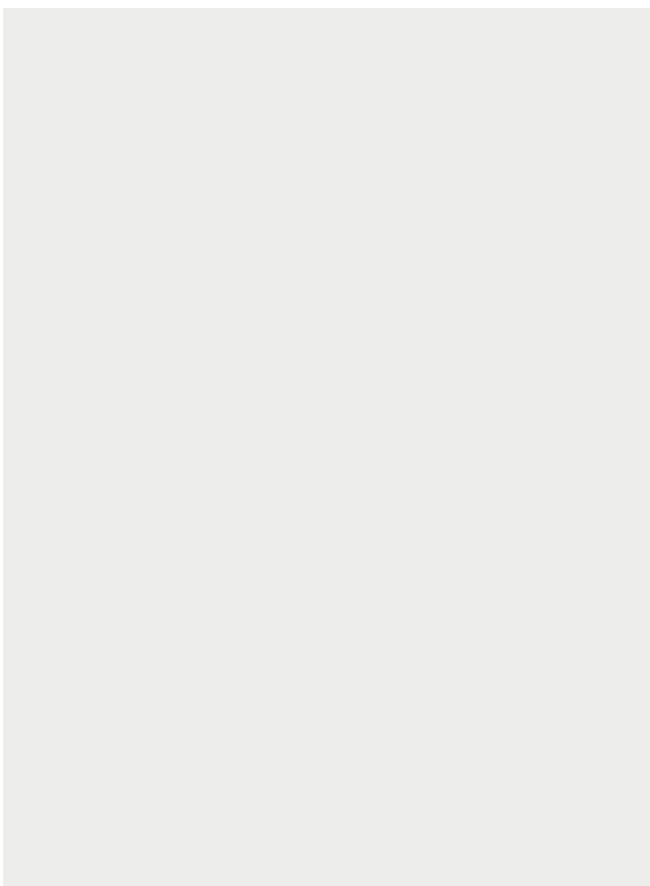


PERSÖNLICHER
REMINDER:



NÄCHSTE ZIELE

NÄCHSTE SCHRITTE



30-TAGE GEWOHNHEITSTRACKER

GEWOHNHEIT:

WARUM IST DAS WICHTIG FÜR MICH?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

GEWOHNHEIT:

WARUM IST DAS WICHTIG FÜR MICH?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

GEWOHNHEITS TRACKER

GEWOHNHEIT										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

GEWOHNHEIT										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	2	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

GEWOHNHEIT										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

GEWOHNHEIT										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

GEWOHNHEIT										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

GEWOHNHEIT										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

GEWOHNHEITS TRACKER

ZIEL:

GEWOHNHEIT	M	T	W	T	F	S	S

WAS HAT FUNKTIONIERT?

DAS MUSS ICH OPTIMIEREN:

NOTIZEN

MEINE ZIELE

ZIEL-1

ZIEL-2

ZIEL-3

ZIEL-4

ZIEL-5

ZIEL-6

ZIEL PLANER

DATUM:

M

D

M

D

F

S

S

HAUPTFOKUS:

MEINE ZIELE

ACTION STEPS

WOCHENZIELE

TAG	ZIEL	ACTION STEPS
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		
SO		

NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

MONATS ZIELE

JANUAR

FEBRUAR

MÄRZ

APRIL

MAI

JUNI

JULI

AUGUST

SEPTEMBER

OKTOBER

NOVEMBER

DEZEMBER

SMART FORMEL

Die SMART-Formel hilft dir, klare und erreichbare Ziele zu formulieren. Jedes Ziel sollte:

- ✓ Spezifisch – genau und konkret sein
- ✓ Messbar – überprüfbar sein
- ✓ Attraktiv – motivierend sein
- ✓ Realistisch – machbar sein
- ✓ Terminiert – eine Deadline haben

Mit dieser Methode kannst du deine Ziele besser planen, fokussiert bleiben und schneller Erfolge erzielen!

S	SPEZIFISCH DAS ZIEL SOLLTE SO GENAU UND KONKRET WIE MÖGLICH FORMULIERT SEIN. FRAGE: WAS GENAU WILL ICH ERREICHEN?	
M	MESSBAR DAS ZIEL SOLLTE MESSBAR SEIN, DAMIT DU DEINEN FORTSCHRITT ÜBERPRÜFEN KANNST. FRAGE: WORAN ERKENNE ICH, DASS ICH MEIN ZIEL ERREICHT HABE?	
A	ATTRAKTIV DAS ZIEL SOLLTE MOTIVIEREND SEIN, DAMIT DU ES WIRKLICH ERREICHEN MÖCHTEST. FRAGE: WARUM IST DIESES ZIEL WICHTIG FÜR MICH?	
R	REALISTISCH DAS ZIEL SOLLTE HERAUSFORDERND, ABER AUCH MACHBAR SEIN. FRAGE: IST MEIN ZIEL REALISTISCH MIT MEINEN RESSOURCEN UND MEINER ZEIT?	
T	TERMINIERT DAS ZIEL BRAUCHT EINE KLARE DEADLINE, BIS WANN ES ERREICHT WERDEN SOLL. FRAGE: BIS WANN WILL ICH MEIN ZIEL ERREICHT HABEN?	

NOTIZEN

NOTIZEN



MEIN TAGEBUCH

HALLO TAGEBUCH - MEINE
WOCHE IST...

A series of 15 horizontal grey bars, stacked vertically, intended for writing the user's weekly entries. Each bar is approximately 20 pixels high and spans most of the width of the page's content area.

HEUTE

M

D

M

D

F

S

S

PRIORITÄTEN

CHECKLISTE

ESSENSPLAN

FRÜHSTÜCK

MITTAG

ESSENSPLAN

ABENDBROT

SNACKS

SCHLAFEN

WASSER



WER KÜMMERT SICH?

NOTIZEN

PRIORITÄTEN

DANKBARKEITSTAGEBUCH

DATUM:

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

M

D

M

D

F

S

S

HEUTE BIN ICH DANKBAR FÜR:

01

.....

02

.....

03

.....

04

.....

05

.....

06

.....

07

.....

08

.....

09

.....

10

.....

11

.....

12

.....

13

.....

14

.....

15

.....

16

.....

17

.....

18

.....

19

.....

20

.....

21

.....

22

.....

23

.....

24

.....

25

.....

26

.....

27

.....

28

.....

29

.....

30

.....

DANKBARKEITS BRAINSTORM

DATUM:

**3 KLEINE DINGE FÜR DIE ICH DANKBAR
BIN**

■
■
■

TÄGLICHE AFFIRMATIONEN

--

SCHÖNE ERINNERUNGEN

--

MENSCHEN FÜR DIE ICH DANKBAR BIN

--

GLÜCKLICHKEITSLABEL

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

SAG ETWAS NETTES ÜBER DICH:

--

**WAS WÜRDEN DEN TAG HEUTE
GROSSARTIG MACHEN?**

--

**LEKTIONEN DIE ICH HEUTE GELERNT
HABE**

--

MEIN MANTRA

--

NOTIZEN

--

SELBSTLIEBE

WAS MAG ICH AN MIR AM MEISSTEN?

A large rectangular area filled with a grid of small dots, intended for handwritten notes.

WIE WICHTIG IST ES DAS ICH GLÜCKLICH BIN?

A large rectangular area filled with a grid of small dots, intended for handwritten notes.

WIE ZEIGE ICH MIR SELBST LIEBE? WAS TUE ICH FÜR MICH?

A large rectangular area filled with a grid of small dots, intended for handwritten notes.

SELF-LOVE WACHSTUM

woche

M

D

M

D

F

S

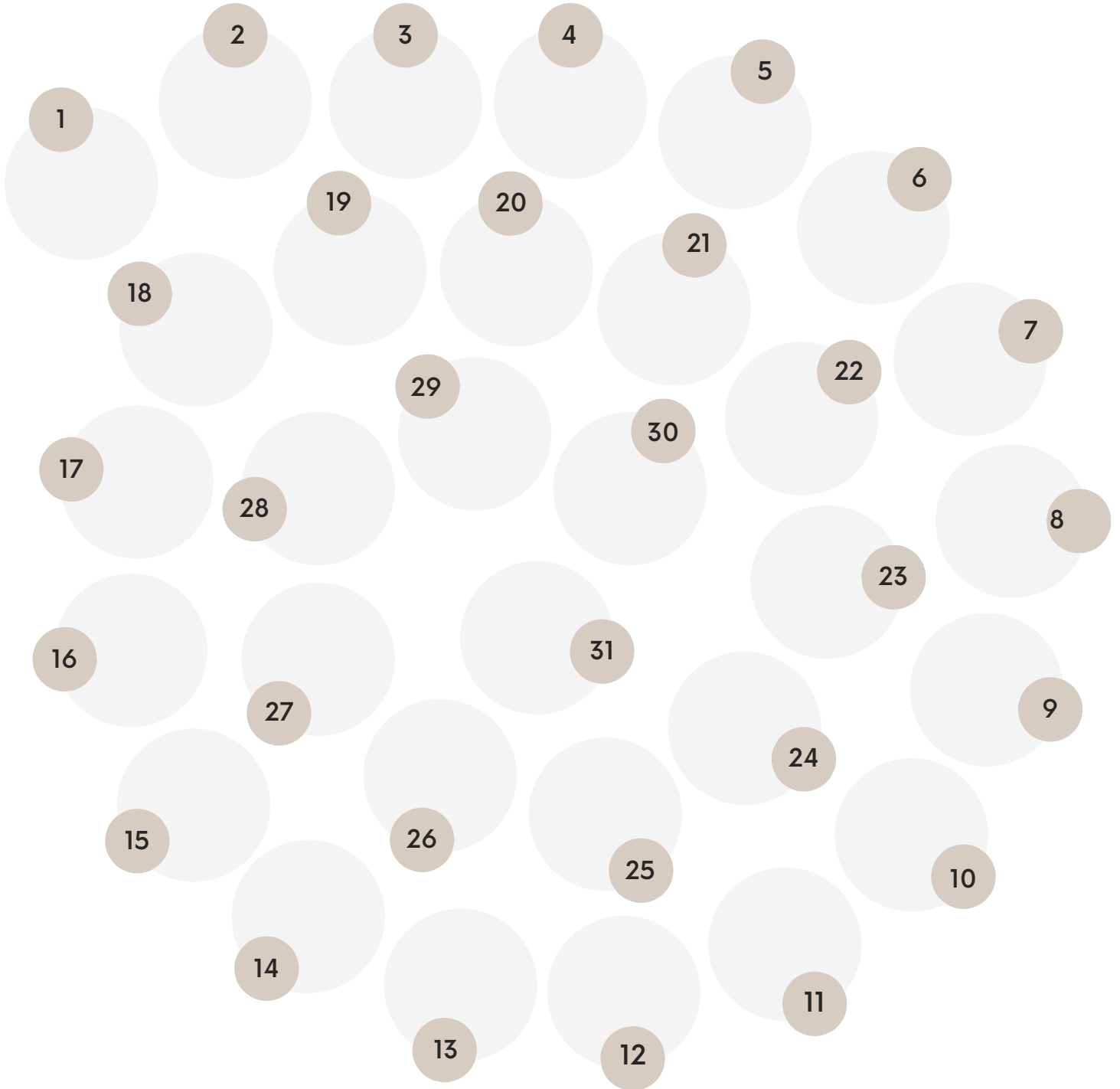
S

DINGE, DIE ICH LERNEN MÖCHTE

REFLEKTION:

GEWOHNHEITEN FÜR MEINE GESUNDHEIT

STIMMUNGS-TRACKER



<input checked="" type="checkbox"/> VERÄRGERT	<input checked="" type="checkbox"/> HAPPY
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUIG	<input checked="" type="checkbox"/> GESTRESST
NOTIZEN	

MEINE MORGEN ROUTINE

MORGEN ROUTINE

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ZIELE

ME TIME

ACHTSAMKEIT:

MEINE MORGENROUTINE

MEINE MORGENROUTINE

BRIEF AN MICH SELBST

DATUM:

MONAT:

JAHR:

A large grid of small dots for writing, consisting of 20 columns and 25 rows of dots, providing a guide for letter placement.

START IN DEN TAG

HEUTE FÜHLE ICH MICH...

HEUTE WERDE ICH...

HEUTE FREUE ICH MICH AUF...

MEINE AFFIRMATION FÜR HEUTE...

MEINE WUNSCHTRÄUME /BUCKETLIST

MEIN TRAUM WÄRE...

NOTES

NOTES



PUTZPLAN

BADEZIMMER

KÜCHE

KINDERZIMMER

ESSZIMMER

SCHLAFZIMMER

WOHNZIMMER

WÄSCHE

GARTEN

GARAGE

MEINE FITNESSZIELE

STARTDATUM: _____ :

MEIN WARUM: _____

TAG	ZIEL	START
BRUST		
ARE		
TAILLE		
HÜFTE		
BMI		
GEWICHT		
KÖRPER FETT		
MUSKELN		

TOP FITNESSZIEL

SCHLECHTE ANGEWOHNHEITEN, DIE
ICH ÄNDERN MUSS

GUTE, DIE ICH BEIBEHALTEN SOLLTE...

FITNESS CHALLENGE

MONAT: _____

TAG:	WORKOUT	WIEDERHOLUNGEN
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		
SO		

NOTIZEN:

Dotted grid area for notes.

FITNESS RESULTATE

START DATUM:

DATUM HEUTE:

TAG	BEFORE
BRUST	
ARME	
TAILLE	
HÜFTE	
BMI	
GEWICHT	
KÖRPER FETT	
MUSKELN	

TAG	AFTER
BRUST	
ARME	
TAILLE	
HÜFTE	
BMI	
GEWICHT	
KÖRPER FETT	
MUSKELN	

NOTES

WORKOUT PLAN

	WOCHE 1	WOCHE 2	WOCHE 1	WOCHE 1
MONTAG				
DIENSTAG				
MITTWOCH				
DONNERSTAG				
FREITAG				
SAMSTAG				
SONNTAG				

KALORIENTRACKER

MONAT:

ZIEL:

TAG	FRÜHSTÜCK	MITTAG	ABEND	SNACK
MO				
DI				
MI				
DO				
FR				
SA				
SO				



NEURO KIDS

PLANER

anders perfect

PERFEKT ANDERS



TAGESPLANER

FÜR: _____

6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	

TAGES PLANER

M D M D F S S

DATUM: _____

06-07
07-08
08-09
09-10
10-11
11-12
12-13
13-14
14-15
15-16
16-17
17-18
18-19
19-20

INDIVIDUELLE ROUTINEN:

TO DO LIST

NOTES

MEILENSTEINE

NAME:

GEBURTSTAG:

DATUM	MEILENSTEIN	NOTIZ

WEITERE ANMERKUNGEN:

ARZTTERMINE:

DATUM	BESCHREIBUNG	ARZT	NOTIZEN

WICHTIG:

ARZTTERMIN

DATUM:

DOKTOR:

WER:

FRAGEN, DIE ICH STELLEN MUSS...

.....

.....

.....

TERMINE:

DARAN MUSS ICH DENKEN

ENTWICKLUNGSSCHRITTE

Monat:	Jahr:
--------	-------

Kommunikation	Rückblick - wie ist es gelaufen?

Sociales Miteinander:	Rückblick - wie ist es gelaufen?

Sinneswahrnehmung	Rückblick - wie ist es gelaufen?

Besonderheiten:	

JAHRESRÜCKBLICK:

Jahr:	
-------	--

Kommunikation	Rückblick - wie ist es gelaufen?

Kommunikation	Rückblick - wie ist es gelaufen?

Sinneswahrnehmung	Rückblick - wie ist es gelaufen?

Besonderheiten:	

STIMMUNGSBAROMETER

Name

Woche

STIMMUNG:	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Handwritten notes area with horizontal lines.

Name



Woche



STIMMUNG:	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Handwritten notes area with horizontal lines.



SYMPTOM - TRACKER



DATUM

MORGENS	
Symptome	
 °F	



ABENDS	
Symptome	
 °F	



DATUM

MORGENS	
Symptome	
 °F	



ABENDS	
Symptome	
 °F	



DATUM

MORGENS	
Symptome	
 °F	



ABENDS	
Symptome	
 °F	



DATUM

MORGENS	
Symptome	
 °F	



ABENDS	
Symptome	
 °F	



DATUM

MORGENS	
Symptome	
 °F	



ABENDS	
Symptome	
 °F	



Dat e

MORGENS	
Symptome	
 °F	

ABENDS	
Symptome	
 °F	

Dat e

MORGENS	
Symptome	
 °F	

ABENDS	
Symptome	
 °F	

THERAPIE ÜBERBLICK

WELCHE THERAPIE: (Z.Bsp. LOGO)

DATUM:

WELCHE THERAPIE: (z.Bsp. Ergo)

WIE LIEF ES?
WIE HAT SICH MEIN KIND DANACH GEFÜHLT?

WIE LIEF ES?
WIE HAT SICH MEIN KIND DANACH GEFÜHLT?

ZUSAMMENFASSUNG / GEDANKEN DAZU

ZUSAMMENFASSUNG / GEDANKEN DAZU

HAUSAUFGABE /
NÄCHSTER TERMIN

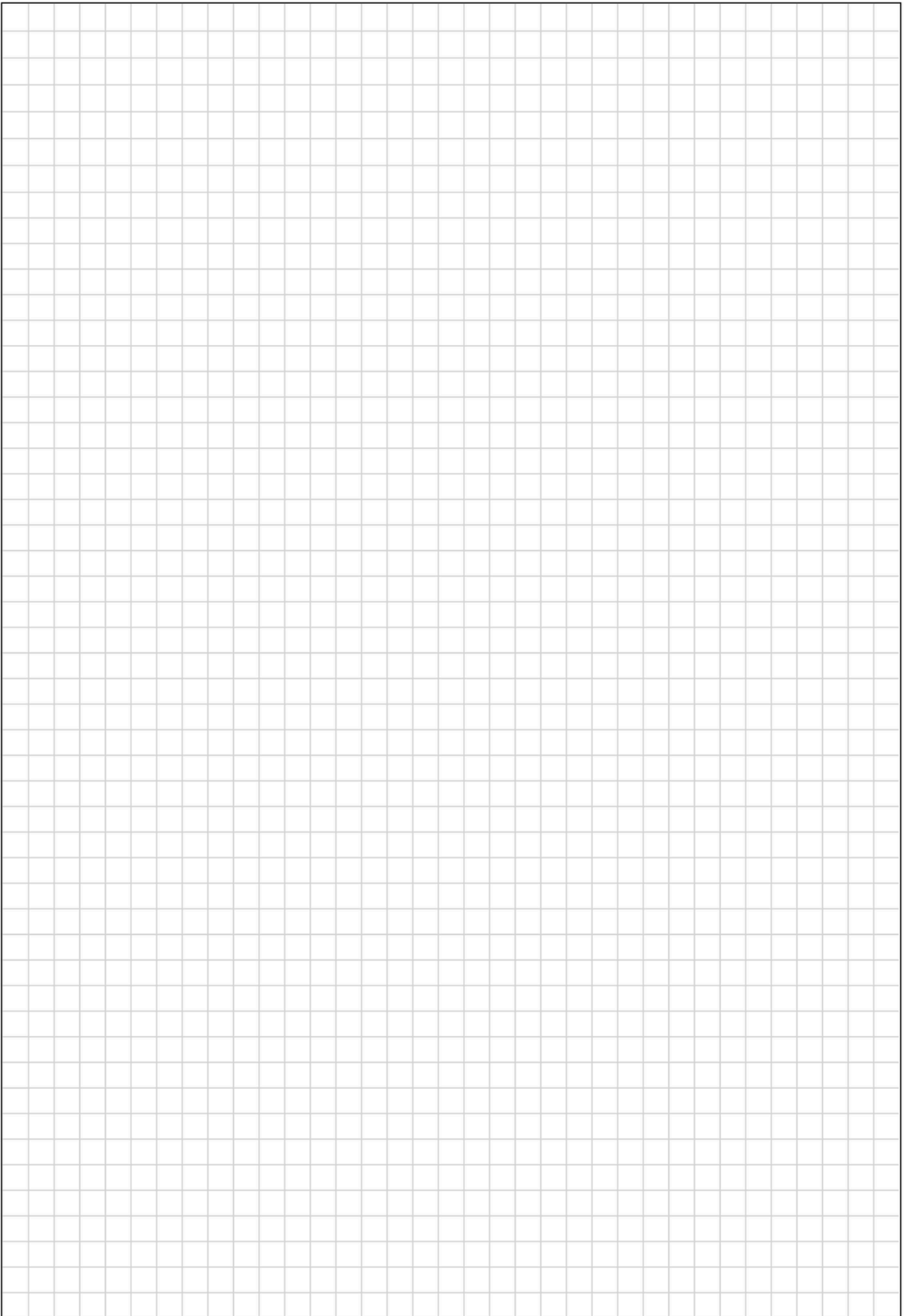
HAUSAUFGABE /
NÄCHSTER TERMIN

WÖCHENTLICHES VERHALTEN

	<i>WAS IST PASSIERT?</i>	<i>STIMMUNG /EMOTION/ VERHALTEN</i>	<i>WAS KÖNNTEN WIR NÄCHSTES MAL ANDERS MACHEN?</i>
MONTAG	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
DIENSTAG	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
MITTWOCH	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
DONNERSTAG	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
FREITAG	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
SAMSTAG	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
SONNTAG	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

TO DO'S

EIGENE NOTIZEN:



FAMILIEN AKTIVITÄTEN:

ZUHAUSE:

	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆

OUTDOOR:

	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆
	☆ ☆ ☆ ☆ ☆

ANDERS PERFEKT TIPP:

„Wir bitten um Nachsicht“ – Ein einfacher Code für mehr Verständnis

Manchmal gibt's zuhause turbulente Morgende, schlaflose Nächte oder stressige Wochenenden – und genau das kann sich auf dein Kind in der Schule auswirken. Vielleicht ist es an diesem Tag schneller gereizt, unkonzentrierter oder zieht sich zurück. Das liegt nicht an „schlechtem Benehmen“, sondern daran, dass sein Akku schon beim Aufstehen halb leer war.

Hier ein einfacher, aber wirkungsvoller Trick für die Absprache mit der Lehrkraft:

➡ **Vereinbart einen Code wie z.Bsp. „Wir bitten um Nachsicht“.**

Wenn du merkst, dass dein Kind an diesem Tag extra Unterstützung braucht, kannst du morgens eine kurze Nachricht an die Lehrkraft schicken – per Mail, Postmappe oder Mitteilungsheft.

- ✦ Ohne lange Erklärungen.
- ✦ Ohne Nachfragen.
- ✦ Aber mit großer Wirkung.

Denn mit dieser Info kann die Lehrkraft sofort verstehen:

- ✓ Heute braucht dein Kind mehr Geduld & Verständnis.
- ✓ Druck und Korrekturen lieber dosieren.
- ✓ Kurze Pausen oder kleine Anpassungen können helfen.

Warum das so wertvoll ist?

- ◆ Dein Kind muss sich nicht noch extra zusammenreißen, wenn es ohnehin schon erschöpft ist.
- ◆ Die Lehrkraft versteht sein Verhalten, ohne sich zu wundern oder zu irritieren.
- ◆ Du kannst dein Kind unterstützen, ohne private Details teilen zu müssen.

Kleiner Satz – große Erleichterung für alle. 🧡

Vielleicht eine Idee für dich und die Schule? 😊



Wichtige Infos über mich



So können Sie mich im Schulalltag unterstützen

Liebe Lehrkraft,

ich freue mich darauf, mit Ihnen zu lernen! Aber bevor wir loslegen, möchte ich Ihnen ein paar wichtige Dinge über mich erzählen, damit der Schulalltag für uns beide gut klappt.

1. Ich bin ein bisschen anders – und das ist okay! 🌍✨

Ich denke, fühle und erlebe die Welt auf meine eigene Art. Manchmal ist das ganz schön aufregend, manchmal aber auch anstrengend. Ich höre, sehe und spüre Dinge oft viel intensiver als andere Kinder.

- Manche Geräusche sind für mich sehr laut – so laut, dass ich mir die Ohren zuhalte.
- Planänderungen sind schwer für mich. Wenn ich mich auf etwas eingestellt habe, brauche ich Zeit, mich umzustellen.
- Manchmal bewege ich mich anders (ich flattere mit den Händen, schaukle oder summe), weil das mir hilft, mich sicher zu fühlen.

Aber keine Sorge – wenn Sie mich verstehen, können wir bestimmt ein super Team sein! 😊💙

2. Was mir in der Schule hilft 📅

Ich liebe es zu lernen, aber manchmal brauche ich ein bisschen Extra-Hilfe, damit ich mich konzentrieren kann und mich wohlfühle.

Klare Strukturen:

- ★ Ich mag es, wenn ich weiß, was als Nächstes kommt. Bitte sagen Sie mir früh Bescheid, wenn sich etwas ändert.
- ★ Am liebsten habe ich klare, kurze Anweisungen, dann weiß ich genau, was zu tun ist.
- ★ Wenn es geht, helfen mir Bilder oder Symbole, um Dinge besser zu verstehen.

Reizüberflutung vermeiden:

- ★ Ich sitze lieber nicht mitten im Trubel – ein ruhiger Platz hilft mir, mich besser zu konzentrieren.
- ★ Manchmal brauche ich eine kleine Pause, wenn es mir zu viel wird. Eine ruhige Ecke wäre super!
- ★ Bitte geben Sie mir nicht zu viele Anweisungen auf einmal – Schritt für Schritt klappt es viel besser!

Kommunikation – So verstehe ich Sie besser:

- ★ Sprechen Sie mit mir direkt und klar, ohne zu viele Worte.
- ★ Ironie oder Witze verstehe ich nicht immer sofort – erklären Sie mir bitte, wenn ich etwas falsch verstehe.
- ★ Manchmal brauche ich ein bisschen Zeit zum Antworten – ich höre Ihnen zu, auch wenn ich kurz nachdenken muss.

3. Was passiert, wenn es mir zu viel wird? 🚦

Typische Anzeichen:

- 🚦 Ich halte mir die Ohren zu oder schließe die Augen.
- 🚦 Ich werde sehr still und reagiere nicht mehr (Shutdown).
- 🚦 Ich werde unruhig oder wütend und brauche dringend eine Pause (Meltdown).

So können Sie mir helfen:

- ★ Bitte ermahnen Sie mich nicht laut – ich kann gerade nicht anders.
- ★ Eine kleine Pause oder ein ruhiger Ort hilft mir, mich wieder zu beruhigen.
- ★ Ein kurzer Satz wie „Ich sehe, dass es dir gerade schwerfällt. Möchtest du kurz durchatmen?“ hilft mir mehr als ein „Jetzt reiß dich zusammen!“

Was ich in stressigen Momenten gerne höre:

- ✓ „Es ist okay, ich bin da.“
- ✓ „Du kannst kurz Pause machen, wenn du willst.“
- ✓ „Ich weiß, dass du dich gerade nicht gut fühlst – wir finden eine Lösung.“

Diese Dinge machen mit Stress:

Das hilft mir, mich zu beruhigen:

Danke, dass Sie mich kennenlernen möchten! 🥰

Wenn wir ein gutes Team sind, kann ich mein Bestes geben und mich sicher fühlen. Ich freue mich auf eine tolle Zeit in Ihrer Klasse!

Liebe Grüße,



Wichtige Infos über mich



So können Sie mich im Schulalltag unterstützen

Liebe Lehrkraft,

ich freue mich darauf, mit Ihnen zu lernen! Aber bevor wir loslegen, möchte ich Ihnen ein paar wichtige Dinge über mich erzählen, damit der Schulalltag für uns beide gut klappt.

1. Ich bin ein Wirbelwind - und das ist okay! 🌀🌟

Mein Kopf ist wie ein Feuerwerk aus Ideen, Gedanken und Entdeckungen. Das ist ziemlich cool, aber manchmal auch ganz schön herausfordernd. Ich gebe mir Mühe, mich zu konzentrieren, aber mein Gehirn funktioniert ein bisschen anders.

- Manchmal bin ich schneller als mein Kopf - ich spreche oder handle, bevor ich es bemerke.
- Still Sitzenbleiben ist für mich eine Qual - ich muss mich einfach bewegen!
- Ablenkungen sind überall - ein Geräusch, ein Vogel draußen oder ein interessantes Muster auf dem Boden können mich sofort aus dem Unterricht reißen.

Aber keine Sorge - wenn Sie mich verstehen, können wir ein super Team sein! 😊💙

2. Was mir in der Schule hilft 🍷

Ich liebe es zu lernen, aber manchmal brauche ich ein bisschen Extra-Hilfe, damit ich mich konzentrieren kann und mich wohlfühle.

Klare Strukturen:

- ★ Ich mag es, wenn ich weiß, was als Nächstes kommt - bitte sagen Sie mir früh Bescheid, wenn sich etwas ändert.
- ★ Klare und kurze Anweisungen helfen mir, mich nicht zu verlieren. („Mach bitte die Seite 5 auf.“ statt „Könntest du jetzt mal bitte dein Buch aufschlagen?“)
- ★ Ich brauche manchmal mehr Zeit, um Aufgaben zu beenden, weil mein Kopf ständig neue Ideen hat.

Ablenkungen minimieren:

- ★ Ein Sitzplatz vorne oder an der Seite hilft mir, mich besser zu konzentrieren.
- ★ Kleine Bewegungen sind wichtig für mich! Vielleicht kann ich manchmal im Stehen arbeiten oder mit einem kleinen Fidget spielen.
- ★ Zu viel auf einmal? Bitte geben Sie mir nicht fünf Anweisungen hintereinander - Schritt für Schritt ist besser!

Kommunikation – So verstehe ich Sie besser:

- ★ Sprechen Sie mit mir direkt und freundlich, ohne zu lange Erklärungen.
- ★ Loben Sie mich für Dinge, die ich gut mache! Das motiviert mich riesig.
- ★ Manchmal vergesse ich Sachen – bitte helfen Sie mir mit Erinnerungen, ohne genervt zu sein.

3. Was passiert, wenn es mir zu viel wird? 🚦

Typische Anzeichen:

- 🚦 Ich zapple oder stehe einfach auf, obwohl ich es gar nicht will.
- 🚦 Ich rede dazwischen oder platze mit Ideen heraus – ich meine es nicht böse!
- 🚦 Ich wirke „abwesend“ oder verträume mich in meine eigene Welt.
- 🚦 Ich werde unruhig oder frustriert, wenn ich etwas nicht sofort schaffe.

So können Sie mir helfen:

- ★ Bitte ermahnen Sie mich nicht vor der ganzen Klasse – ich versuche wirklich mein Bestes.
- ★ Lassen Sie mich kurz aufstehen oder mich bewegen, wenn ich zu zappelig werde.
- ★ Eine kleine Ermunterung wie „Du schaffst das!“ hilft mir total.
- ★ Wenn ich impulsiv war, erinnern Sie mich freundlich daran, nachzudenken, bevor ich handle.

Was ich in stressigen Momenten gerne höre:

- ✓ „Du bist nicht schuld – wir versuchen es nochmal!“
- ✓ „Ich sehe, dass du gerade viel Energie hast – mach mal kurz eine tiefe Atmung mit mir.“
- ✓ „Gleich kannst du dich bewegen, erst noch diese Aufgabe!“

Diese Dinge machen mit Stress:

Das hilft mir, mich zu beruhigen:

Danke, dass Sie mich kennenlernen möchten! 😊

Wenn wir ein gutes Team sind, kann ich mein Bestes geben und mich sicher fühlen. Ich freue mich auf eine tolle Zeit in Ihrer Klasse!

Liebe Grüße,

Meine Stärken – Entdecke, was in dir steckt!

Jeder Mensch hat besondere Stärken – auch du! Manchmal fühlen sich Herausforderungen groß an, aber du hast viele Fähigkeiten, die dir helfen, deinen Weg zu gehen. Lass uns gemeinsam herausfinden, was dich stark macht.

So funktioniert's:

Lies die Aussagen und überlege: Trifft das auf mich zu? Kreuze an, was zu dir passt oder schreibe eigene Stärken auf.

Meine Stärken im Alltag

- Ich kann mich gut an Regeln halten.
- Ich bin hilfsbereit und unterstütze andere.
- Ich bin sehr kreativ und habe viele Ideen.
- Ich kann mich gut in andere hinein fühlen.
- Ich versuche, Probleme zu lösen, anstatt aufzugeben.
- Ich kann mich gut auf Dinge konzentrieren, die mich interessieren.
- Ich finde meine eigenen Wege, um Herausforderungen zu meistern.
- Ich kann gut mit Veränderungen umgehen.
- Ich habe ein gutes Gedächtnis für bestimmte Dinge.
- Ich kann gut mit Tieren umgehen.
- Ich bin gut darin, Dinge zu organisieren.

Meine eigenen Stärken:

Meine Stärken in der Schule oder beim Lernen

- Ich stelle viele Fragen, weil ich neugierig bin.
- Ich habe eine lebhaftere Fantasie und kann mir Dinge gut vorstellen.
- Ich kann gut zuhören, wenn mich etwas interessiert.
- Ich merke mir Details, die andere oft übersehen.
- Ich habe eine besondere Art zu denken - oft fallen mir neue Lösungen ein.
- Ich bin gut in [Lieblingsfach]: _____.
- Ich lerne gerne durch Ausprobieren und Entdecken.
- Ich bin gut darin, Muster zu erkennen oder Zusammenhänge zu verstehen.
- Ich kann mir viele Informationen merken, wenn ich mich für ein Thema begeistere.

 Was mir beim Lernen besonders hilft:

Meine Stärken im Umgang mit anderen

- Ich bin ein guter Freund / eine gute Freundin.
- Ich kann gut trösten, wenn jemand traurig ist.
- Ich mag es, anderen zu helfen.
- Ich kann lustig sein und andere zum Lachen bringen.
- Ich habe ein gutes Gespür dafür, wie sich andere fühlen.
- Ich bin ehrlich und sage, was ich denke.
- Ich bin treu und halte zu meinen Freunden.
- Ich kann gut zuhören und andere verstehen.

 Das macht mich zu einem tollen Freund / einer tollen Freundin:

Meine besonderen Talente und Fähigkeiten


- Ich kann gut mit meinen Händen arbeiten (z. B. basteln, bauen, malen).
- Ich bin gut im Sport oder bewege mich gerne.
- Ich kann Musik machen oder singen.
- Ich kann gut Geschichten erzählen oder mir welche ausdenken.
- Ich habe ein gutes technisches Verständnis (z. B. Computer, Lego, Maschinen).
- Ich kann gut mit Tieren umgehen.
- Ich bin gut im Kochen oder Backen.
- Ich kann besonders gut...

 Was mir beim Lernen besonders hilft:


 Was ich über mich gelernt habe...

Das sind meine drei größten Stärken:


Diese Stärke möchte ich noch weiterentwickeln:

 -----

 So kann mir meine Familie oder meine Lehrkraft helfen, meine Stärken zu nutzen:

 -----

 **Erinnere dich daran: Du bist einzigartig, genau so, wie du bist! Deine Stärken machen dich besonders - und mit ihnen kannst du alles schaffen, was du dir vornimmst.**

 **Tipp:** Du kannst diesen Fragebogen immer wieder ausfüllen - vielleicht entdeckst du jedes Mal neue Stärken!

FRÜHWARNSYSTEM:

MEIN KIND ZEIGT ÜBERFORDERUNG SO:

● KÖRPERSPRACHE:

- Reibt sich die Augen oder hält sich die Ohren zu
- Presst die Zähne aufeinander
- Zieht sich die Kapuze tief ins Gesicht
- Wackelt mit den Beinen / läuft unruhig hin und her
- Andere:

🔊 GERÄUSCHE & SPRACHE:

- Redet plötzlich sehr laut oder sehr leise
- Wiederholt bestimmte Worte oder Sätze („Ich will nach Hause!“)
- Antwortet nicht mehr oder schaut „durch mich hindurch“
- Beginnt zu summen oder Geräusche zu machen
- Andere:

★ VERHALTEN:

- Wird plötzlich aggressiv (schubst, haut, schmeißt Dinge)
- Rennt ohne Vorwarnung weg
- Fängt an zu weinen oder zu schreien
- Erstarrt (Shutdown) und reagiert auf nichts mehr
- Andere:

FLEXIBLER NOTFALLPLAN

DAS HILFT MEINEM KIND AM BESTEN:

- Noise-Cancelling-Kopfhörer
 - Kuscheldecke / Rückzugsecke
 - Kauen auf Kaugummi oder einem Sensorik-Spielzeug
 - Einen bestimmten Satz hören: „Es ist okay, du bist sicher“
 - Andere:
-
-

DAMIT DEIN KIND SELBST AUSDRÜCKEN KANN, DASS ES EINE PAUSE BRAUCHT, HILFT ES, EIN CODEWORT ODER SIGNAL ZU VEREINBAREN.

MÖGLICHE CODEWÖRTER:

- „Pause!“
- „Schildkröte“ (oder ein anderes Tier, das sich zurückzieht)
- „Ich muss atmen!“
- „Roter Alarm“

 UNSER CODEWORT: _____

ALTERNATIVEN OHNE WORTE:

- Ein Handzeichen (z. B. zwei Finger nach unten = Pause)
- Einen kleinen Gegenstand (Fidget, Münze) festhalten
- Einen „Pause-Knopf“ auf einer Karte zeigen
- Ein Emoji oder Symbol auf dem Handy zeigen

 MEIN SIGNAL: _____

FLEXIBLER NOTFALLPLAN

WAS TUN, WENN ICH DAS NOTFALL-SIGNAL ERKENNE?

📌 **SOFORT HANDELN, BEVOR ES ESKALIERT:**

- „Ich sehe, dass du eine Pause brauchst. Lass uns kurz rausgehen.“
- „Du kannst dein Kopfhörer aufsetzen oder dich in die Kuschelecke legen.“
- „Ich bin da – du kannst mir zeigen, was du brauchst.“

WENN EINE PLANÄNDERUNG PASSIERT, ERKLÄRE ICH ES SO:

„Ich weiß, wir wollten heute ins Schwimmbad. Leider ist es geschlossen. Ich verstehe, dass das doof ist. Stattdessen können wir...“

INDIVIDUELLE TRIGGER-CHECKLISTE

GERÄUSCHE & LÄRM

- Laute Geräusche (z. B. Sirenen, Feuersalarm, Baustellenlärm)
- Viele Stimmen gleichzeitig (z. B. Klassenzimmer, Pausenhof)
- Bestimmte Töne (z. B. Kreide auf der Tafel, laute Musik)
- Plötzliche Geräusche (z. B. Türknallen, Geschirrklopfen)
- Andere:

 Was hilft mir in solchen Situationen?

2. BERÜHRUNGEN & KÖRPERKONTAKT

- Laute Geräusche (z. B. Sirenen, Feuersalarm, Baustellenlärm)
- Viele Stimmen gleichzeitig (z. B. Klassenzimmer, Pausenhof)
- Bestimmte Töne (z. B. Kreide auf der Tafel, laute Musik)
- Plötzliche Geräusche (z. B. Türknallen, Geschirrklopfen)
- Andere:

 Was hilft mir in solchen Situationen?

INDIVIDUELLE TRIGGER-CHECKLISTE

SOZIALE INTERAKTIONEN & KOMMUNIKATION

- Gruppensituationen (z. B. Gruppenarbeiten, Teamspiele)
- Blickkontakt halten
- Gespräche mit Fremden oder Lehrkräften
- Unklare Anweisungen oder indirekte Aussagen („Mach das mal anders!“)
- Ironie oder Witze, die ich nicht verstehe
- Andere:

 Was hilft mir in solchen Situationen?

4. VERÄNDERUNGEN & UNERWARTETE EREIGNISSE

- Spontane Planänderungen
- Neue Umgebung (z. B. Klassenwechsel, Ausflüge)
- Ersatzlehrer:innen oder neue Betreuungspersonen
- Dinge nicht an ihrem gewohnten Platz
- Andere:

 Was hilft mir in solchen Situationen?

INDIVIDUELLE TRIGGER-CHECKLISTE

ESSEN & SENSORISCHE REIZE 🍴

- Bestimmte Konsistenzen oder Geschmäcker
- Gemischtes Essen (z. B. wenn sich Lebensmittel auf dem Teller berühren)
- Bestimmte Temperaturen (zu heiß / zu kalt)
- Laute Kau- oder Schluckgeräusche anderer Menschen
- Andere:

🔧 Was hilft mir in solchen Situationen?

6. KONZENTRATION & AUFGABEN 🧠

- Lange oder komplexe Aufgaben ohne Pausen
- Arbeiten in lauter Umgebung
- Mündliche Anweisungen ohne visuelle Unterstützung
- Mehrere Anweisungen gleichzeitig bekommen
- Andere:

🔧 Was hilft mir in solchen Situationen?

MELTDOWN - SHUTDOWN - OVERLOAD

GAB ES MELTDOWNS ODER SHUTDOWNS? 😬

✓ WAS IST VORHER PASSIERT? (TRIGGER, SITUATIONEN) ⚡

✓ WELCHE STRATEGIEN HABEN GEHOLFEN? 🛠️

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

AN DIESE DINGE MÜSSEN WIR DENKEN, WENN WIR EINEN AUSFLUG MACHEN

WELCHE DINGE MUSS ICH IMMER DABEIHABEN? 📖

(Z. B. NOISE-CANCELLING-KOPFHÖRER, FIDGET TOY)

WAS SOLLTE IN DIE NOTFALLTASCHE/SENSORIK-BOX? 🛍️

(SNACKS, KAUGUMMI, GEWICHTSWESTE, SONNENBRILLE)

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Urheberrecht und Haftungsausschluss

Urheberrecht

Dieses E-Book und alle Inhalte darin sind urheberrechtlich geschützt. Jede Form der Vervielfältigung, Verbreitung, Speicherung oder Weitergabe an Dritte – ob digital oder in gedruckter Form – ist ohne ausdrückliche schriftliche Zustimmung des Autors untersagt. Die Inhalte dieses Buches sind ausschließlich für den persönlichen Gebrauch bestimmt. Wir bitten um deinen Respekt und dein Verständnis im Schutz dieses geistigen Eigentums.

Haftungsausschluss

Die Informationen und Ratschläge in diesem E-Book basieren auf meinen persönlichen Erfahrungen und meinem erworbenen Wissen. Ich bin kein Arzt oder Therapeut, sondern teile hier meine Ansichten und Methoden, die sich für mich und meine Familie im Alltag bewährt haben. Dieses Buch ersetzt keine medizinische oder therapeutische Beratung. Bitte wende dich bei gesundheitlichen Fragen oder Unsicherheiten immer an einen qualifizierten Fachmann.

Hinweis zur individuellen Anwendbarkeit

Jeder Mensch ist einzigartig, insbesondere im Umgang mit Themen wie ADHS und Autismus. Die in diesem E-Book beschriebenen Techniken und Ansätze sind keine Garantien für Erfolge und sollten mit Umsicht angewendet werden. Die Verwendung der Inhalte erfolgt auf eigenes Risiko. Der Autor übernimmt keine Haftung für etwaige Schäden, die direkt oder indirekt durch die Anwendung der beschriebenen Techniken entstehen.

Impressum

Silja Milz - Andersperfekt

Dengelstr. 14

33729 Bielefeld

Deutschland

www.andersperfekt.de

E-Mail: silja.milz@andersperfekt.de

IG: @andersperfekt

Verantwortlich für den Inhalt nach § 55 Abs. 2 RStV:

Silja Milz