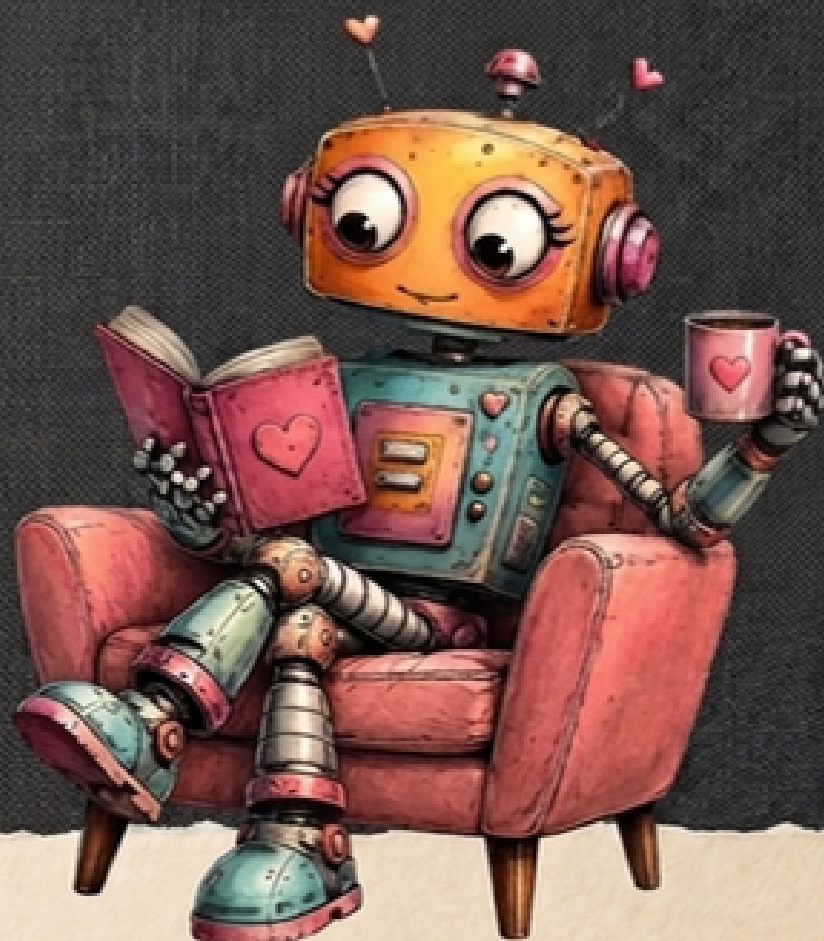




EINFACH ANDERS PERFEKT

DER FAMILIENPLANER

für Familien mit neurodivergenten Kids



VON MAMA ZU MAMA

Hallo, ich bin Silja.

Mama eines neurodivergenten Kindes &
Gründerin von Anders Perfekt

Aus unserem eigenen Familienalltag weiß ich, wie schnell Termine, Schule, Therapien, Anträge, Unterlagen und die unterschiedlichen Bedürfnisse aller Familienmitglieder unübersichtlich werden können. Der Familienplaner ist aus genau diesen Erfahrungen entstanden. Er besteht aus vielen einzelnen Seiten, die du so zusammenstellen kannst, wie es zu eurem Alltag passt.

Vielleicht brauchst du gerade mehr Übersicht über Termine. Vielleicht möchtest du wichtige Ansprechpartner, Berichte oder Unterlagen besser sortieren. Vielleicht helfen euch Seiten zu Routinen, Schule, Arztterminen oder Familienorganisation. Du wählst einfach die Bereiche aus, die für euch sinnvoll sind – alles andere lässt du weg.

Anders Perfekt entwickelt praktische Hilfen für Familien mit neurodivergenten und hochsensiblen Kindern – verständlich, alltagstauglich und entlastend.

Instagram: [@andersperfekt](https://www.instagram.com/andersperfekt)

WILLKOMMEN

in deinem Anders Perfekt Familienplaner

Das Leben mit einer Familie ist bunt, manchmal chaotisch, oft wunderschön und ab und zu einfach nur herausfordernd. Dieser Planer soll dich im Alltag 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.
- **Neuro Kids – hilfreiche Extras:** Strukturpläne, Stärkenfinder, Notfall-Checklisten, Unterstützungsstrategien für Schule & Alltag.

SCHLICHT & FLEXIBEL – INDIVIDUELL FÜR DICH!

- 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!

Ich wünsche dir viel Freude mit deinem Planer!

25 TIPPS

für entspanntere Tage mit neurodivergenten Kids

1. Verständnis als Basis

- ADHS & Autismus sind keine Erziehungsfragen – dein Kind erlebt die Welt einfach anders.
- Reize filtern ist schwer – Geräusche, Gedanken und Eindrücke wirken oft überwältigend.
- Feste Strukturen geben Sicherheit – manchmal braucht es aber auch flexible Lösungen.
- 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.
- Veränderungen früh ankündigen – spontane Umstellungen sind oft stressig.
- Kleine To-do-Listen nutzen – maximal 3 Aufgaben auf einmal.
- Feste „Ruhezeiten“ einplanen – ein Rückzugsort hilft beim Runterfahren.
- Übergänge erleichtern – „In 5 Minuten gehen wir los“ oder visuelle Timer nutzen.

3. Kommunikation, die ankommt

- Kurz & klar sprechen – „Jacke anziehen!“ statt lange Erklärungen.
- Positiv formulieren – statt „Nicht rennen!“ lieber „Lauf langsam!“
- Anweisungen in kleine Schritte zerlegen.
- Visuelle Hilfen nutzen – Symbole, Bilder oder Checklisten.
- Wiederholungen sind okay – manche Kinder brauchen mehrere Versuche.

25 TIPPS

Fortsetzung

4. Konzentration & Fokus unterstützen

- Bewegung vor dem Lernen einbauen – z. B. 5 Minuten Trampolinspringen.
- Kurze Lerneinheiten mit Pausen – 10–15 Minuten konzentrieren, dann 5 Minuten Bewegung.
- Ablenkungen minimieren – ruhiger Arbeitsplatz, evtl. Kopfhörer.
- Kleine Erfolgserlebnisse feiern – z. B. Punktesystem oder Sticker.

5. Energie lenken statt unterdrücken

- Lauf- & Bewegungspausen bewusst einplanen.
- „Wackel-Möglichkeiten“ nutzen – Kaugummi, Wackelhocker oder Fidget.
- Sport als Ventil – Kampfsport, Trampolin oder Klettern.
- Sitzalternativen ausprobieren – Boden, Schneidersitz oder 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 oder eine „Wut-Seite“ malen.
- Feste Rituale zur Beruhigung schaffen – Massage, Fantasiereisen, Kuscheldecke.
- „Notfallplan“ für Meltdowns & Shutdowns bereithalten.

25 TIPPS

Teil 3

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 – jeder Fortschritt zählt!
- 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.

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

Los geht's ...

INHALTSVERZEICHNIS

PLANUNG & STRUKTUR

Jahresübersicht	8
Wichtige Kontakte & Netzwerk	9
Monatsplaner	10
Wochenplaner	11
Tagesplaner	12
Morgenroutine	13
Abendroutine & Schlaf-Tracker	14

MEDIZIN & THERAPIE

Arzt- & Therapietermine	15
Arzttermin-Vorbereitung & Protokoll	16
Therapie-Protokoll	17
Medikamenten- & Supplement-Tracker	18

KIND & NEURODIVERGENZ

Sensory Profile & Trigger	19
Stärken & Interessen meines Kindes	20
Schule / Kita – Kommunikations-Log	21
Förderanträge & Behörden-Tracker	22
Notfall- & Krisenplan	23

Eltern-Selbstfürsorge	24
-----------------------	----

ELTERN & REFLEXION

Wochenrückblick – Stimmung & Wohlbefinden	25
Brief an mich selbst	26
Notizen (Dotted Grid)	27
Meilensteine meines Kindes	28

NEURODIVERGENZ-SPEZIAL

Meine Sensory Box – Inhalt & Ideen	29
Wichtige Infos über mein Kind	30
Frühwarnsystem – Überforderung erkennen	31
Flexibler Notfallplan	32
Individuelle Trigger-Checkliste	33
Auffälligkeiten-Tracker	34
Meltdown / Shutdown / Overload	35
Schlaf-Tracker Monatsübersicht	36
Besonderheiten im Jahr	38
Ausflug-Checkliste	39
Fortschritte meines Kindes	40
Freunde der Familie	41

BONUS-KAPITEL

Haushalt, Rezepte & Einkauf	42
Finanzen & Budget	51
Gewohnheiten & Ziele	69
Self-Care & Achtsamkeit	82
Fitness & Gesundheit	99

NEURO KIDS – TEIL 2

Deckblatt	105
Entwicklung & Gesundheit	106

SCHULE & KOMMUNIKATION

Alltag, Verhalten & Screentime	113
Briefe an die Lehrkraft	123
Meine Stärken	129

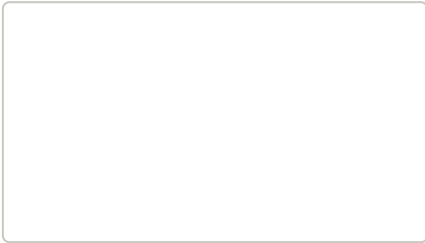
ANHANG

Urheberrecht & Impressum	132
--------------------------	-----

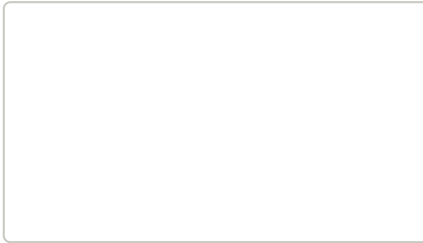
JAHRESÜBERSICHT

Jahr _____

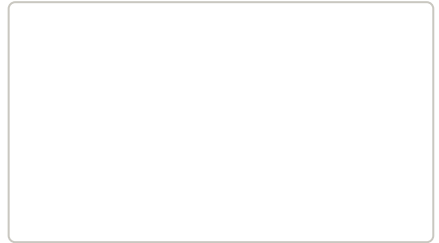
JANUAR



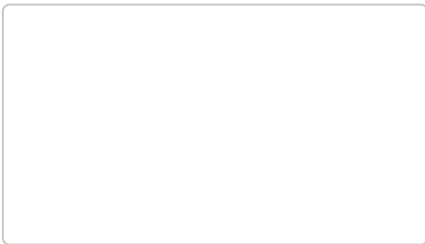
FEBRUAR



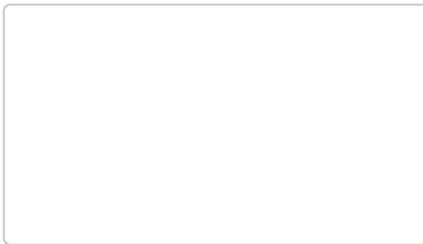
MÄRZ



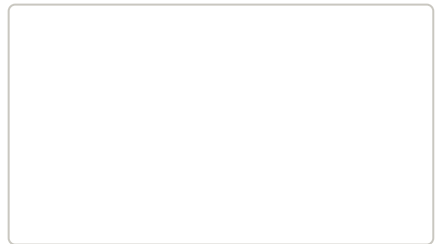
APRIL



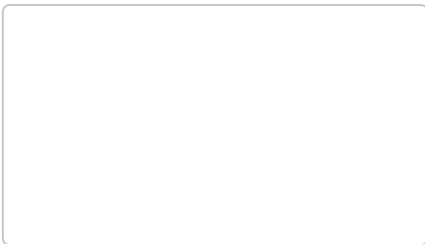
MAI



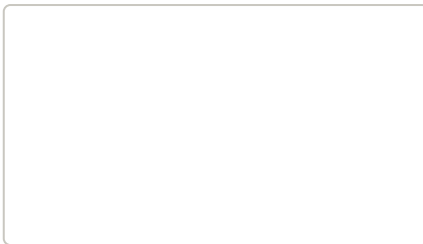
JUNI



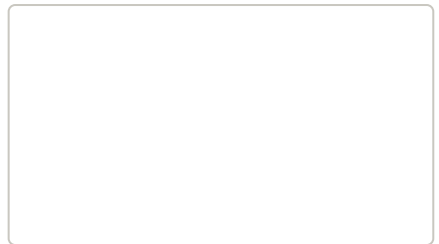
JULI



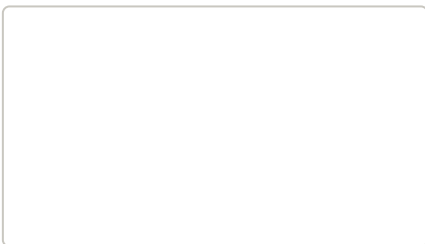
AUGUST



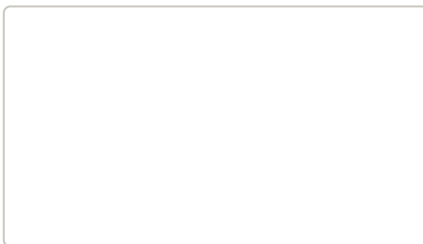
SEPTEMBER



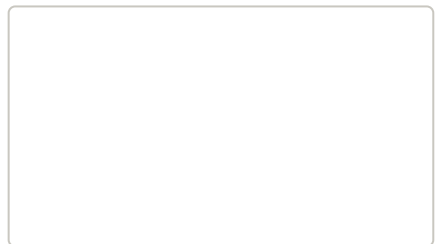
OKTOBER



NOVEMBER



DEZEMBER



WICHTIGE KONTAKTE

& Unterstützungsnetzwerk

KINDERARZT / ÄRZTIN

Name

Telefon

Adresse

Notizen

THERAPEUT/IN (ERGO / LOGO / PSYCHO)

Name

Telefon

Praxis

Notizen

SCHULE / KINDERGARTEN

Einrichtung

Ansprechperson

Telefon

E-Mail

NOTFALL-KONTAKT FAMILIE

Name

Telefon

Verfügbar

Notizen

WEITERE UNTERSTÜTZUNG

Name

Telefon

Funktion

Notizen

SELBSTHILFE / BERATUNG

Organisation

Telefon

Website

Notizen

MONAT:

MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG

FOKUS DES MONATS

WICHTIGE TERMINE

NOTIZEN

WOCHENPLANER

WOCHE: _ _ _ _

MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG

PRIORITÄTEN DER WOCHE

NOTIZEN

TAGESPLANER

Datum _____

M

D

M

D

F

S

S

UHRZEIT	
06:00	
07:00	
08:00	
09:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	

INDIVIDUELLE ROUTINEN

TO-DO-LISTE

NOTIZEN

MORGENROUTINE

meines Kindes & meine

ROUTINE MEINES KINDES

MEINE MORGENROUTINE (ELTERN)

ZIELE DES TAGES

ME TIME

ACHTSAMKEIT

ABENDROUTINE

meines Kindes & meine

ABENDROUTINE MEINES KINDES

MEINE ABENDROUTINE (ELTERN)

Schlaf-Tracker (Kind)

#	M	D	M	D	F	S	S
1							
2							
3							
4							

NOTIZEN ZUM ABEND

ARZT- & THERAPIETERMINE

Jahresübersicht

#	ART / FACHRICHTUNG	ARZT / THERAPEUT	ERGEBNIS / NOTIZEN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

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

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

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

DATUM	THEMA / VORFALL	VEREINBARUNG / MASSNAHME	ERLEDIGT

FÖRDERANTRÄGE

& Behörden-Tracker

DATUM	ANTRAG / BEHÖRDE	STATUS	FRIST	NOTIZEN
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		
		Offen · Eingereicht · Bewilligt · Abgelehnt		

WICHTIGE BEHÖRDEN-KONTAKTE

NOTIZEN / NÄCHSTE SCHRITTE

NOTFALL- & KRISENPLAN

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Kinderarzt _____

Notaufnahme _____

Krisentelefon: 0800 111 0 111 _____

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?

WICHTIGE DOKUMENTE & AUFBEWAHRUNGORT

ELTERN-SELBSTFÜRSORGE

Du bist auch wichtig

MEINE ENERGIE-TANKSTELLEN

MEINE BEDÜRFNISSE DIESE WOCHE

MINI-PAUSEN IM ALLTAG

5 Min

15 Min

30 Min

MEIN WOCHENRÜCKBLICK

M	D	M	D	F	S	S

MEINE AFFIRMATION / GEDANKEN

WOCHENRÜCKBLICK

Stimmung & Wohlbefinden

Woche _____

WIE WAR DIESE WOCHE FÜR MICH? (KURZE ZUSAMMENFASSUNG)

3 DINGE, DIE MICH DIESE WOCHE GLÜCKLICH GEMACHT HABEN

MEIN KIND	M	D	M	D	F	S	S
Gut geschlafen?							
Gut gegessen?							
Ausgeglichen?							
Therapie gemacht?							
Schule / Kita gut?							

ICH ALS ELTERSTEIL	M	D	M	D	F	S	S
Gut geschlafen?							
Für mich gesorgt?							
Unterstützung erhalten?							
Stolz auf mich?							
Zufrieden?							

NOTIZEN & GEDANKEN ZUR WOCHE

BRIEF AN MICH SELBST

Datum _____ Monat _____ Jahr _____

NOTIZEN

MEILENSTEINE

meines Kindes

Name _____ Geburtstag _____

#	DATUM	MEILENSTEIN	NOTIZ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

MEINE SENSORY BOX

Inhalt & Ideensammlung

Kind _____

**TAST-GEGENSTÄNDE (Z. B.
KNAUTSCHBALL, STOFF)**

**HÖRSCHUTZ & KLANG (Z. B.
OHRSTÖPSEL, MUSIK)**

**SICHT & LICHT (Z. B. SONNENBRILLE,
LICHTERKETTE)**

**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

- ☐ Reibt sich die Augen oder hält sich die Ohren zu
- ☐ Presst die Zähne aufeinander
- ☐ Zieht sich die Kapuze tief ins Gesicht
- ☐ Meidet Blickkontakt / läuft unruhig hin und her
- ☐ Andere:

GERÄUSCHE & SPRACHE

- ☐ Redet plötzlich sehr laut oder sehr leise
- ☐ Wiederholt bestimmte Sätze (z. B. „Ich will nach Hause“)
- ☐ Antwortet nicht mehr oder schreit „durch mich hindurch“
- ☐ Beginnt zu summen oder Geräusche zu machen
- ☐ Andere:

VERHALTEN

- ☐ Wird plötzlich aggressiv (schlägt, tritt, schmeißt Dinge)
- ☐ Rennt ohne Vorwarnung weg
- ☐ Beginnt zu weinen oder zu schreien
- ☐ Erstarrt (Shutdown) und reagiert auf nichts mehr
- ☐ Andere:

MEIN SIGNAL AN MEIN KIND

WAS DANN SOFORT HilFT

NOTIZEN

FLEXIBLER NOTFALLPLAN

für mein Kind

DAS HILFT MEINEM KIND AM BESTEN

- ☐ Ruhiger Rückzugsort / Sensory Corner
- ☐ Kuschedecke / 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 dem 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

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. Türknallen)
- ☐ Andere:

2. BERÜHRUNGEN & KÖRPERKONTAKT

- ☐ Kleine Stöße gleichzeitig (z. B. Klassenraum)
- ☐ Bestimmte Stoffe (z. B. Kreide, Wolle)
- ☐ Plötzliche Berührungen (z. B. Türknallen)
- ☐ Andere:

3. SOZIALE INTERAKTIONEN

- ☐ Gruppenarbeiten / Teamspiele
- ☐ Blickkontakt halten
- ☐ Gespräche mit Fremden
- ☐ Unklare Anweisungen oder indirekte Aussagen
- ☐ Andere:

4. VERÄNDERUNGEN & UNERWARTETES

- ☐ Spontane Planänderungen oder Überraschungen
- ☐ Neue Umgebung (z. B. Klassenwechsel, Ausflug)
- ☐ Neue Bewegungsroutinen
- ☐ Dinge nicht an ihrem gewohnten Platz
- ☐ Andere:

5. ESSEN & SENSORISCHE REIZE

- ☐ Bestimmte Konsistenzen oder Geschmäcker
- ☐ Gemischtes Essen (Lebensmittel berühren sich)
- ☐ Bestimmte Temperaturen (zu heiß / kalt)
- ☐ Zu enge Kleidung
- ☐ Andere:

6. KONZENTRATION & AUFGABEN

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

AUFFÄLLIGKEITEN

Stimmung · Medizin · Nahrung · Schlaf

Monat _____ Kind _____

WOCHE 1	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

WOCHE 2	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

NOTIZEN ZU AUFFÄLLIGKEITEN

MELTDOWN • SHUTDOWN

Overload – Dokumentation

Datum _____ Uhrzeit _____ Art: Meltdown / Shutdown / Overload

WAS IST VORHER PASSIERT? (TRIGGER)

WIE HAT SICH MEIN KIND VERHALTEN?

WELCHE STRATEGIEN HABEN GEHOLFEN?

WAS WÜRD EICH NÄCHSTES MAL ANDERS MACHEN?

WIE LANGE HAT ES GEDAURT? / WIE WAR DIE ERHOLUNG?

SCHLAF-TRACKER

Monatsübersicht

Monat _____ Name _____

Woche 1 – Einschlafen / Aufwachen / Stunden / Stimmung

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Woche 2 – Einschlafen / Aufwachen / Stunden / Stimmung

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

SCHLAF-TRACKER

Monatsübersicht (Fortsetzung)

Woche 3 – Einschlafen / Aufwachen / Stunden / Stimmung

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Woche 4 – Einschlafen / Aufwachen / Stunden / Stimmung

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

NOTIZEN ZUM SCHLAF

BESONDERHEITEN IM JAHR

Besondere Momente & Ereignisse

JANUAR



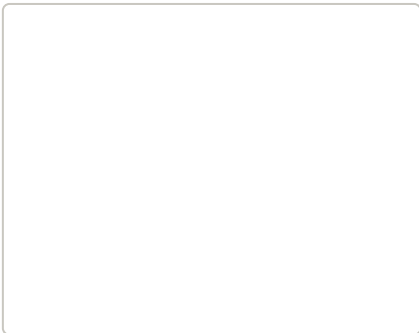
FEBRUAR



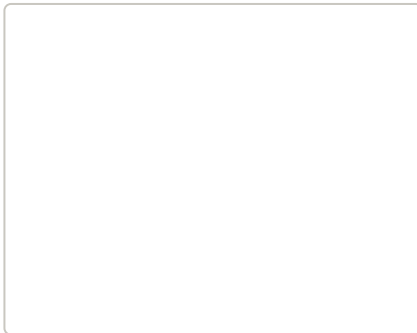
MÄRZ



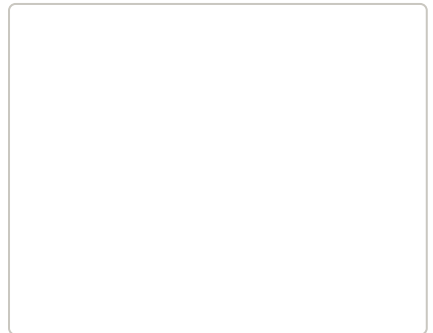
APRIL



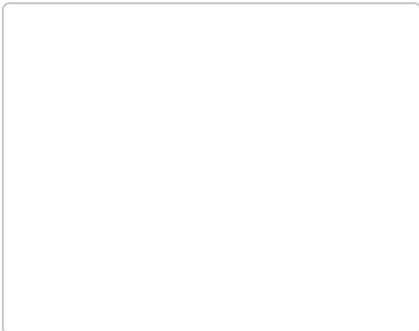
MAI



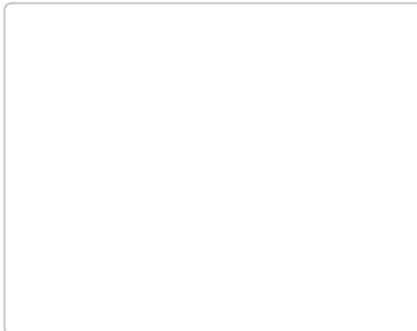
JUNI



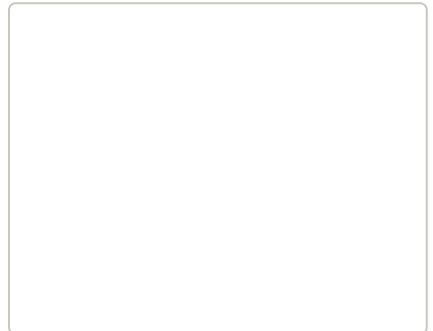
JULI



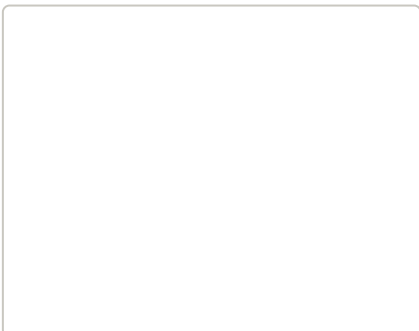
AUGUST



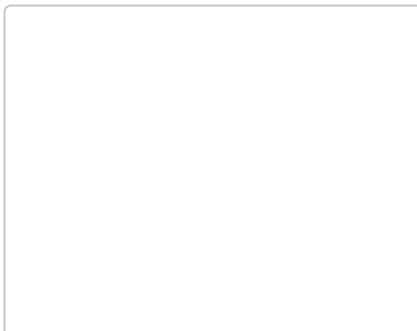
SEPTEMBER



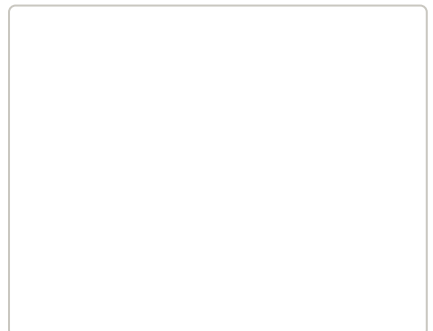
OKTOBER



NOVEMBER



DEZEMBER



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

#	NAME	E-MAIL	TELEFONNUMMER
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

WICHTIGE VERSICHERUNGEN

#	NAME	RUFNUMMER / VERSICHERUNGSNUMMER
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

TAGESPLANER

Allgemein

Datum _____

M

D

M

D

F

S

S

UHRZEIT	
06:00	
07:00	
08:00	
09:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	

PRIORITÄTEN

TO-DO-LISTE

NOTIZEN

WOCHENPLAN

Allgemein

MONTAG

DIENSTAG

MITTWOCH

DONNERSTAG

FREITAG

SAMSTAG

SONNTAG

REMINDER

WOCHEN-RÜCKBLICK

M

D

M

D

F

S

S

AUF WAS HABE ICH MICH DIESE WOCHE FOKUSSIERT?

WAS HABE ICH DIESE WOCHE ALLES 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

REZEPTE

Rezept Name _____

Portionen _____

Vorbereitungszeit _____

NOTIZEN

Ofentemperatur _____

Schwierigkeit _____

Kochzeit _____

ZUBEREITUNG

ZUTATEN & HILFSMITTEL

ESSENSPLAN

Woche _____ Datum _____

MONTAG

Frühstück

Mittag

Abend

Snack

DIENSTAG

Frühstück

Mittag

Abend

Snack

MITTWOCH

Frühstück

Mittag

Abend

Snack

DONNERSTAG

Frühstück

Mittag

Abend

Snack

FREITAG

Frühstück

Mittag

Abend

Snack

SAMSTAG

Frühstück

Mittag

Abend

Snack

NOTIZEN

48

ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

Datum _____

M

D

M

D

F

S

S

FRÜHSTÜCK	MENGE	KOULENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

MITTAGESSEN	MENGE	KOULENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

ABENDBROT	MENGE	KOULENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

SNACKS	MENGE	KOULENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN	NOTES

GESAMT

KOULENHYDRATE	FETT	PROTEIN	KALORIEN

EINKAUFSLISTE

#	FLEISCH	PREIS

#	FISCH	PREIS

#	OBST / GEMÜSE	PREIS

#	AUF VORRAT KAUFEN	PREIS

#	KONSERVEN	PREIS

#	MILCHPRODUKTE	PREIS

#	GEWÜRZE / SOSSEN	PREIS

#	SONSTIGES	PREIS

NOTIZEN

HAUSHALTSAUSGABEN

M	D	M	D	F	S	S	MONAT	BETRAG	FÜR WAS?

MEIN SPARPLAN

#	WOCHE	BETRAG	KONTOSTAND	ERLEDIGT
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

NOTIZEN

LESEPLANER

#	BUCHNAME	AUTOR	START & ENDE	NOTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

REISEPLANER

Datum _____ Ziel _____ Adresse _____

Reisezeit _____

HOTEL

EIGENE ANREISE / BAHN / FLUGZEUG?

NOCH KLÄREN

AKTIVITÄTEN

TO-DO

REISEPLAN

Datum _____

WAS ICH ALLES SEHEN WILL ...

WAS ICH ALLES MACHEN MÖCHTE

WO KANN MAN DORT GUT ESSEN

REISE-TIPPS

AUSFLUGSPLANER

Ziel _____

TAG	PLAN

EINKOMMEN

#	BESCHREIBUNG	BETRAG	DATUM
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

NOTES

BESTELLUNGEN

Name _____ Monat _____

#	DATUM	BESTELLUNG	MENGE	DETAILS	ERLEDIGT
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

NOTES

PRIO-LISTE

Datum _____

HOHE PRIORITÄT

☐☐☐☐☐

NIEDRIGE PRIORITÄT

☐☐☐☐☐

NOTES

TO-DO-LISTE

TO-DO

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

TO-DO

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

TO-DO-LISTE

nach Bereich

ARBEITSPROJEKTE

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

HAUSHALT

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

TERMINE

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

NEBENJOB

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

CHECKLISTE RECHNUNGEN

#	MONAT	BETRAG	FÄLLIG
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

#	MONAT	BETRAG	FÄLLIG
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

AUSGABEN TRACKER

Monat _____

#	DATUM	FÜR WAS?	AUSGABE	VERBLEIBEND
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

RECHNUNGEN TRACKER

#	DATUM	BESCHREIBUNG	RECHNUNG	BETRAG
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

SCHULDENTILGUNG

nach der Schneeballmethode

- Man zahlt zuerst die kleinste Schuld komplett ab, während man die anderen nur mit Mindestbeträgen bedient.
- Danach nimmt man das freigewordene Geld und setzt es für die nächste größere Schuld ein.
- So entsteht ein „Schneeballeffekt“, der hilft, Schulden schneller abzubauen.

NAME KREDIT	GESAMTSCHULDEN	MIN.- BETRAG	MONAT 1	MONAT 2	MONAT 3	MONAT 4	MONAT 5	MONAT 6

PASSWORD TRACKER

Webseite

E-Mail

Password

Name

Webseite

E-Mail

Password

Name

Webseite

E-Mail

Password

Name

Webseite

E-Mail

Password

Name

Webseite

E-Mail

Password

Name

Webseite

E-Mail

Password

Name

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			

GEWOHNHEITSTRACKER

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		

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		

GEWOHNHEITSTRACKER

Wochenansicht

Ziel _____

GEWOHNHEIT	M	D	M	D	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

ZIELPLANER

Datum _____

M

D

M

D

F

S

S

HAUPTFOKUS

MEINE ZIELE

ACTION STEPS

WOCHENZIELE

TAG	ZIEL	ACTION STEPS

NOTES

MONATSZIELE

JANUAR

FEBRUAR

MÄRZ

APRIL

MAI

JUNI

JULI

AUGUST

SEPTEMBER

OKTOBER

NOVEMBER

DEZEMBER

ZIELE DEFINIEREN

ZIELE

WAS MUSS ICH TUN?

WAS IST MEINE MOTIVATION?

STEPS

MÖGLICHE UMSETZUNGSHÜRDEN

NOTIZEN

SMART-FORMEL

Die SMART-Formel hilft dir, klare und erreichbare Ziele zu formulieren. Jedes Ziel sollte spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert sein – so 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

MEIN TAGEBUCH

Hallo Tagebuch – meine Woche ist ...

HEUTE

M

D

M

D

F

S

S

PRIORITÄTEN

CHECKLISTE

☐
☐
☐
☐

ESSENSPLAN – FRÜHSTÜCK / MITTAG

ESSENSPLAN – ABENDBROT / SNACKS

Schlafen _____

Wasser _____

WER KÜMMERT SICH?

NOTIZEN

MEIN FOKUS FÜR DEN TAG

MEIN ZIEL FÜR HEUTE

MEINE GEWÜNSCHTE STIMMUNG

HEUTE FOKUSSIERE ICH MICH AUF

AUF WAS FREUE ICH MICH HEUTE?

ME TIME ROUTINE

Datum _____

Week: 1 · 2 · 3 · 4 _____

	M	D	M	D	F	S	S
Basis Self-Care (Schlaf, Ernährung, Wasser, Bewegung ...)							

	M	D	M	D	F	S	S
Körperliche Self-Care (Baden, Massage, Sport ...)							

	M	D	M	D	F	S	S
Emotionale Self-Care (Grenzen setzen, Meditation, Hobbys ...)							

NOTIZEN

DANKBARKEITSTAGEBUCH

Datum _____

	M	D	M	D	F	S	S
Heute bin ich dankbar für							
Heute bin ich dankbar für							
Heute bin ich dankbar für							
Heute bin ich dankbar für							
Heute bin ich dankbar für							
Heute bin ich dankbar für							
Heute bin ich dankbar für							

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

SAG ETWAS NETTES ÜBER DICH

TÄGLICHE AFFIRMATIONEN

WAS WÜRDEN DEN TAG HEUTE GROSSARTIG
MACHEN?

SCHÖNE ERINNERUNGEN

LEKTIONEN, DIE ICH HEUTE GELERNT HABE

MENSCHEN, FÜR DIE ICH DANKBAR BIN

MEIN MANTRA

GLÜCKLICHKEITSLEVEL

NOTIZEN

SELBSTLIEBE

WAS MAG ICH AN MIR AM MEISTEN?

WIE WICHTIG IST ES, DASS ICH GLÜCKLICH BIN?

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

SELF-LOVE WACHSTUM

Woche _____

M

D

M

D

F

S

S

DINGE, DIE ICH LERNEN MÖCHTE

REFLEKTION

GEWOHNHEITEN FÜR MEINE GESUNDHEIT

LIEBES TAGEBUCH

Datum _____

Liebes Tagebuch, mein Tag / meine Woche ist ...

STIMMUNGS-TRACKER

Monat _____

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				

Verärgert · Happy · Traurig · Gestresst — Farbe / Symbol pro Tag eintragen

NOTIZEN

WOCHENRÜCKBLICK

Stimmung

Woche _____

3 DINGE, DIE MICH DIESE WOCHE GLÜCKLICH GEMACHT HABEN

	M	D	M	D	F	S	S
Habe ich gut geschlafen?							
Gesund gegessen?							
Genug Sport gemacht?							
Meine Aufgaben erledigt?							
War ich selbstbewusst?							
War ich zufrieden?							
War ich stolz?							
Habe ich mich geliebt gefühlt?							
Habe ich mich stark gefühlt?							

MEINE MORGENROUTINE

MORGENROUTINE

ZIELE

ME TIME

ACHTSAMKEIT

MEINE MORGENROUTINE – SCHRITT FÜR SCHRITT

BRIEF AN MICH SELBST

Selfcare-Journal

Datum _____ Monat _____ Jahr _____

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 ...

MEINE BUCKETLIST

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

NOTES

PUTZPLAN

Badezimmer _____

Küche _____

Kinderzimmer _____

Esszimmer _____

Schlafzimmer _____

Wohnzimmer _____

Wäsche _____

Garten _____

Garage _____

TAGESPLAN

Haushalt

AUFGABEN	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

WOCHENPLAN

Haushalt

AUFGABEN	M	D	M	D	F	S	S

MEINE FITNESSZIELE

Startdatum _____

Ziel-Datum _____

MEIN WARUM

MASS	ZIEL	START
Brust		
Arme		
Taille		
Hüfte		
BMI		
Gewicht		
Körperfett		
Muskeln		

TOP FITNESSZIEL

SCHLECHTE ANGEWOHNHEITEN, DIE ICH ÄNDERN MUSS

GUTE, DIE ICH BEIBEHALTEN SOLLTE

FITNESS CHALLENGE

Monat _____

TAG	WORKOUT	WIEDERHOLUNGEN

NOTIZEN

FITNESSRESULTATE

Startdatum _____

Datum heute _____

BEFORE	
Brust	
Arme	
Taille	
Hüfte	
BMI	
Gewicht	
Körperfett	
Muskeln	

AFTER	
Brust	
Arme	
Taille	
Hüfte	
BMI	
Gewicht	
Körperfett	
Muskeln	

NOTES

WORKOUT PLAN

Wochen 1–4 _____

WOCHE 1	WOCHE 2	WOCHE 3	WOCHE 4

MEIN DIÄT-TAGEBUCH

Startdatum _____

MEIN WARUM

FRÜHSTÜCK

SUPPLEMENTS

MITTAG

FORTSCHRITT

ABENDBROT

SNACK

KALORIENTRACKER

Monat _____ Ziel _____

TAG	FRÜHSTÜCK	MITTAG	ABEND	SNACK

The background of the entire cover is a watercolor-style rainbow. The top half features the red, orange, and yellow bands, while the bottom half features the green, blue, and purple bands. The colors are blended with soft, organic edges. A solid light blue horizontal band serves as a backdrop for the central text.

NEURO KIDS

P L A N E R

anders perfect

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

ENTWICKLUNGSSCHRITTE

Monat _____

Jahr _____

KOMMUNIKATION

RÜCKBLICK – WIE IST ES GELAUFEN?

SOZIALES MITEINANDER

RÜCKBLICK – WIE IST ES GELAUFEN?

SINNESWAHRNEHMUNG

RÜCKBLICK – WIE IST ES GELAUFEN?

BESONDERHEITEN

JAHRESRÜCKBLICK

Jahr _____

KOMMUNIKATION

RÜCKBLICK – WIE IST ES GELAUFEN?

SOZIALES MITEINANDER

RÜCKBLICK – WIE IST ES GELAUFEN?

SINNESWAHRNEHMUNG

RÜCKBLICK – WIE IST ES GELAUFEN?

BESONDERHEITEN

STIMMUNGSBAROMETER

Name _____ Woche _____

STIMMUNG	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Name _____ Woche _____

STIMMUNG	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Name _____ Woche _____

STIMMUNG	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Name _____ Woche _____

STIMMUNG	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

SYMPTOM-TRACKER

Datum

Morgens

Abends

Symptome

Symptome

Datum

Morgens

Abends

Symptome

Symptome

Datum

Morgens

Abends

Symptome

Symptome

Datum

Morgens

Abends

Symptome

Symptome

Datum

Morgens

Abends

Symptome

Symptome

Datum

Morgens

Abends

Symptome

Symptome

GESUNDHEITSAKTE

#	DATUM	DIAGNOSE	ARZT	MEDIKATION
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

THERAPIE-ÜBERBLICK

Therapieform _____

Datum _____

Therapieform _____

Datum _____

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

MONTAG	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____
DIENSTAG	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____
MITTWOCH	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____
DONNERSTAG	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____
FREITAG	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____
SAMSTAG	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____
SONNTAG	Was ist passiert? _____	Stimmung / Verhalten _____	Nächstes Mal anders? _____

ZAHNARZT-UNTERSUCHUNGEN

#	DATUM	ZAHNARZT	BEHANDLUNG	NOTIZEN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

GEWICHTSTRACKER

#	DATUM	ABNAHME (-) / ZUGENOMMEN (+)	GEWICHT	INFO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

TO-DO'S

TO-DO

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

TO-DO

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

REFLEXIONEN

Rückblick / Gedanken

RÜCKBLICK

GEDANKEN

EIGENE NOTIZEN

FAMILIEN-AKTIVITÄTEN

ZUHAUSE

OUTDOOR

BILDSCHIRMZEIT

Name _____

Bildschirmzeit-Ziel _____

Woche _____

Monat _____

GERÄT	M	D	M	D	F	S	S

GESAMT

M	D	M	D	F	S	S

Bildschirmfreie Zeit _____

ADHS-ANZEICHEN-LISTE

#	ANZEICHEN	KIND	NOTIZEN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

AUTISMUS-ANZEICHEN-LISTE

#	ANZEICHEN	KIND	NOTIZEN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

MASKIEREN

MASKIERENDES VERHALTEN ERKANNT

HINTER DER MASKE – ECHTES VERHALTEN VERSTEHEN

ELTERN-SCHULE-

Kommunikationsprotokoll

#	DATUM	NAME	VEREINBARUNG / THEMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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. B. „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.

WARUM DAS SO WERTVOLL IST

- ☐ Dein Kind muss sich nicht 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.

WICHTIGE INFOS ÜBER MICH

Version: Autismus-Fokus

Liebe Lehrkraft, ich freue mich darauf, mit Ihnen zu lernen! 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. 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. Ich brauche Zeit, mich umzustellen.
- Manchmal bewege ich mich anders (flattern, schaukeln, summen) – das hilft mir, mich sicher zu fühlen.

2. Was mir in der Schule hilft

KLARE STRUKTUREN

- Ich mag es, wenn ich weiß, was als Nächstes kommt – bitte früh Bescheid geben.
- Am liebsten klare, kurze Anweisungen.
- Bilder oder Symbole helfen mir.

REIZÜBERFLUTUNG VERMEIDEN

- Ich sitze lieber nicht mitten im Trubel.
- Manchmal brauche ich eine kleine Pause.
- Bitte nicht zu viele Anweisungen auf einmal.

WICHTIGE INFOS ÜBER MICH

Version: Autismus-Fokus – Fortsetzung

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 es mir bitte.
- ☐ Manchmal brauche ich etwas Zeit zum Antworten

TYPISCHE ANZEICHEN, WENN ES MIR ZU VIEL WIRD

- ☐ 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.
- ☐ „Ich sehe, dass es dir gerade schwerfällt. Möchtest du kurz durchatmen?“

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.“

WICHTIGE INFOS ÜBER MICH

Version: ADHS-Fokus

Liebe Lehrkraft, ich freue mich darauf, mit Ihnen zu lernen! 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. 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 und können mich sofort aus dem Unterricht reißen.

2. Was mir in der Schule hilft

KLARE STRUKTUREN

- Ich mag es, wenn ich weiß, was als Nächstes kommt.
- Klare, kurze Anweisungen helfen mir, mich nicht zu verlieren.
- Ich brauche manchmal mehr Zeit, um Aufgaben zu beenden.

ABLENKUNGEN MINIMIEREN

- Ein Sitzplatz vorne oder an der Seite hilft mir.
- Kleine Bewegungen sind wichtig für mich (z. B. im Stehen arbeiten, Fidget).
- Bitte nicht fünf Anweisungen hintereinander geben.

WICHTIGE INFOS ÜBER MICH

Version: ADHS-Fokus – Fortsetzung

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 – helfen Sie mir mit Erinnerungen, ohne genervt zu sein.

TYPISCHE ANZEICHEN, WENN ES MIR ZU VIEL WIRD

- ☐ 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 werde unruhig oder frustriert, wenn ich etwas nicht sofort schaffe.

SO KÖNNEN SIE MIR HELFEN

- ☐ Bitte ermahnen Sie mich nicht vor der ganzen Klasse.
- ☐ Lassen Sie mich kurz aufstehen oder mich bewegen.
- ☐ Eine kleine Ermunterung wie „Du schaffst das!“ hilft mir total.

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!“

MEINE STÄRKEN

Entdecke, was in dir steckt!

Jeder Mensch hat besondere Stärken – auch du! Lies die Aussagen und überlege: Trifft das auf mich zu? Kreuze an, was zu dir passt.

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 eigene Wege, um Herausforderungen zu meistern.
- ☐ Ich kann gut mit Veränderungen umgehen.
- ☐ Ich habe ein gutes Gedächtnis für bestimmte Dinge.
- ☐ Ich bin gut darin, Dinge zu organisieren.

MEINE EIGENEN STÄRKEN

MEINE STÄRKEN

in der Schule & im Umgang mit anderen

BEIM LERNEN

- ☐ Ich stelle viele Fragen, weil ich neugierig bin.
- ☐ Ich habe eine lebhafte Fantasie.
- ☐ Ich kann gut zuhören, wenn mich etwas interessiert.
- ☐ Ich merke mir Details, die andere oft übersehen.
- ☐ Ich lerne gerne durch Ausprobieren und Entdecken.

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 habe ein gutes Gespür dafür, wie sich andere fühlen.
- ☐ Ich kann gut zuhören und andere verstehen.

WAS MIR BEIM LERNEN BESONDERS HILFT

MEINE BESONDEREN TALENTE

und Fähigkeiten

DAS KANN ICH BESONDERS GUT

- ☐ 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.
- ☐ Ich kann gut mit Tieren umgehen.
- ☐ Ich bin gut im Kochen oder Backen.

MEINE DREI GRÖSSTEN STÄRKEN

DIESE STÄRKE MÖCHTE ICH WEITERENTWICKELN

SO KANN MEINE FAMILIE ODER LEHRKRAFT MIR HELFEN, MEINE STÄRKEN ZU NUTZEN

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 – Anders Perfekt
Dengelstr. 14
33729 Bielefeld, Deutschland
www.andersperfekt.com
E-Mail: silja.milz@andersperfekt.de
Instagram: [@andersperfekt](https://www.instagram.com/andersperfekt)

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