



F. X. Thomas Schneider

analytische, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder- Jugendliche und deren Eltern
verhaltenstherapeutische Eltern-, Kinder- und Jugendlichentrainingsmaßnahmen
Gruppenlehranalytiker, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter (DGIP, D3G, VAKJP, BVVP)
Dozent in der Aus- u. Weiterbildung (analytischer) Kinder- u. Jugendlichen(gruppen)psychotherapie
Coaching, Supervision für Mitarbeitende in pädagogischen und psychologischen Arbeitsfeldern
Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Hypnose-, EMDR-Traumatherapie

Praxis für Eltern-, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie

Nachbefragungsbogen

Sehr geehrte Eltern, liebe PatientIn,

bitte füllen Sie den Fragebogen zum Ende der Therapie aus und schicken ihn möglichst per Post zurück, oder bringen Sie ihn ausgefüllt zum Abschlusstermin mit. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und dienen der Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit in meiner Praxis.

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Mein Kind befand sich in Einzeltherapie Gruppentherapie
Unsere Bezugspersonenstunden erfolgten in Einzelsitzungen Gruppensitzungen

1. Wenn Sie zurückschauen, wie zufrieden sind Sie als Eltern, Du als PatientIn, mit dem Ergebnis Ihrer/Deiner psychotherapeutischen Behandlung?

Eltern:

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- zufrieden
- sehr zufrieden

Patient:

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- weder zufrieden noch unzufrieden
- zufrieden
- sehr zufrieden

2. Was führte zur Beendigung Ihrer/Deiner psychotherapeutischen Behandlung?

- Entschluss der Eltern
- Entschluss des Patienten/der Patientin
- wechselseitige Übereinkunft Patient/Eltern/Therapeut
- Entschluss des Therapeuten
- äußere Faktoren (bitte kurz beschreiben)

 andere Gründe (bitte kurz beschreiben)

3. Wie fühlst Du dich unmittelbar nach Beendigung der Therapie im Vergleich zu Deinem Befinden vor der Therapie?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> deutlich besser | <input type="checkbox"/> etwas besser |
| <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> etwas schlechter | <input type="checkbox"/> deutlich schlechter |

4. Wie stark hast Du dich nach Deiner Meinung durch die Psychotherapie verändert?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> sehr wenig | <input type="checkbox"/> etwas |
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark | |

5. Welche Symptome/Probleme/Schwierigkeiten wolltest Du verändern? Beurteile für jedes Problem/Schwierigkeit, in wie weit eine Veränderung durch die psychotherapeutische Behandlung eingetreten ist.

1. gebessert leicht gebessert unverändert leicht verschlechtert verschlechtert

2. gebessert leicht gebessert unverändert leicht verschlechtert verschlechtert

3. gebessert leicht gebessert unverändert leicht verschlechtert verschlechtert

4. gebessert leicht gebessert unverändert leicht verschlechtert verschlechtert

5. gebessert leicht gebessert unverändert leicht verschlechtert verschlechtert

6. gebessert leicht gebessert unverändert leicht verschlechtert verschlechtert

6. Welche der nachfolgenden Ziele haben Sie sich als Eltern während der Therapie vorgenommen? Beurteilen Sie für jedes Ziel, in wie weit eine Veränderung durch die psychotherapeutische Behandlung eingetreten ist.

1. voll erreicht erreicht nicht erreicht

2. voll erreicht erreicht nicht erreicht

3. voll erreicht erreicht nicht erreicht

4. voll erreicht erreicht nicht erreicht

5. voll erreicht erreicht nicht erreicht

7. Haben außer der psychotherapeutischen Behandlung noch andere Einflüsse oder Ereignisse wesentlich zur Veränderung Ihrer/Deiner Schwierigkeiten beigetragen?

nein ja (Falls ja angekreuzt wurde, bitte diese Einflüsse oder Ereignisse kurz beschreiben)

8. Wie lange fühlten Sie/fühltest Du schon das Bedürfnis nach (psychotherapeutischer) Hilfe, bevor Sie/Du mit der Behandlung bei uns begannen/begannst?

Eltern:

weniger als ½ Jahr weniger als 1 Jahr weniger als 2 Jahre weniger als 4 Jahre

Patient/in:

weniger als ½ Jahr weniger als 1 Jahr weniger als 2 Jahre weniger als 4 Jahre

9. Wie stark fühltest Du Dich/ Sie sich als Eltern vor der Psychotherapie durch Deine Schwierigkeiten/ die Schwierigkeiten ihres Kindes beeinträchtigt?

Eltern:

äußerst sehr mittel etwas kaum

Patient/in:

äußerst sehr mittel etwas kaum

10. Wie gut kommen Sie/Du jetzt im Großen und Ganzen zurecht?

Eltern:

sehr gut gut gleich gut schlecht sehr schlecht

Patient/in:

sehr gut gut gleich gut schlecht sehr schlecht

11. Halten/Hältst Sie/Du eine Behandlung dieser Art für sich und für andere für wichtig und hilfreich?

Eltern:

ja, sehr ja teilweise nein nein im Gegenteil, weil

Patient/in:

ja, sehr ja teilweise nein nein im Gegenteil, weil

12. Welche Serviceleistungen der Praxis waren für Sie hilfreich/wichtig?

(wenn ja und mehrfache Nennungen angeboten, bitte Unzutreffendes streichen)

- ja nein Informationen auf der Homepage zum Therapiebeginn als Entscheidungshilfe
- ja nein Sprechzeitenmöglichkeit für Eltern bis 19.00
- ja nein feste Terminen für drei Monate im Vorab für ihren Sohn/Tochter
- ja nein Erreichbarkeit der Praxis Do 09:00-12:00 bzw. Fr von 9.00-16.00 Uhr
- ja nein Wartezimmer mit Kaffeeautomat, Tee, Mineralwasser
- ja nein Möglichkeit der Terminbuchung via Internet
- ja nein Praxishandbuch im Wartezimmer, Infos zur Psychotherapie
- ja nein Kooperation mit Lerntherapeutin
- ja nein Testdiagnostik und Gutachten für Schulen/Jugendämter/...
- ja nein Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtung/Hort/Tagesstätte/Kindergarten
- ja nein Bereitschaft an Lehrer-/Erziehergesprächen vor Ort mitzuwirken

13. Was hat Ihnen/Dir bei der psychotherapeutischen Behandlung gefallen?

Patient/in.:

Eltern:

14. Was hat Ihnen/Dir bei der psychotherapeutischen Behandlung nicht gefallen?

Patient/in:

Eltern:

15. Haben Sie/hast Du für uns Verbesserungsvorschläge?

Vielen Dank für Ihre/Deine Mitarbeit!