

## Nachbefragungsbogen Bezugspersonen

Sehr geehrte Eltern, ErzieherInnen,

In diesem Fragebogen möchte ich ein paar Fragen an Sie zur Therapie in meiner Praxis und dem aktuellen Gesundheitszustand nach der Behandlung stellen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Je offener Sie antworten, desto mehr hilft es mir und meinem Team. Wenn sie nicht als leibliche Eltern antworten, sind sie an Elternstelle in den Fragen gemeint.

Wenn Sie keine Antwort wissen, die Frage für Sie nicht passt oder Sie die Frage nicht verstehen, dann kreuzen Sie bitte „kann ich nicht beantworten“ an. Dieses Feld gibt es fast bei jeder Frage und steht immer ganz rechts. So sehe ich, welche Fragen bearbeitet worden sind.

Schicken Sie diesen Bogen zusammen mit dem Ihres Kindes per Post zurück, oder bringen Sie ihn ausgefüllt zum Abschlussgespräch mit.

Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und dienen der Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit in meiner Praxis.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Offenheit!

Datum: \_\_\_\_\_

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Vater  Mutter  (Pflege-/Adoptiv-) leibl. Eltern  
 Vormund  Erzieher  \_\_\_\_\_

Das Kind befand sich in  Einzel-  Gruppen-  Kombitherapie  
 Die Bezugspersonenstunden erfolgten in  Einzel-  Gruppen-  Kombitherapie

### **1. Was führt zur Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung?**

(Mehrfachantworten möglich)

- Entschluss der Eltern  Entschluss des Patienten/der Patientin  
 wechselseitige Übereinkunft Patient/Eltern/Therapeut  Entschluss des Therapeuten  
 Ende des Kontingentes durch die Krankenkasse  Wechsel der Therapiemethode (Einzel-, Gruppe-, Kombi)  
 Wechsel des Verfahrens (Verhaltens-, Systemische Therapie)  Therapeutenwechsel gewünscht  
 äußere Faktoren (bitte kurz beschreiben) \_\_\_\_\_  
 andere Gründe (bitte kurz beschreiben) \_\_\_\_\_

### **2. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Behandlung Ihres Kindes?**

- sehr unzufrieden  unzufrieden  weder zu- noch unzufrieden  
 zufrieden  sehr zufrieden  kann ich nicht beantworten

### **3. Wie fühlen Sie sich selbst jetzt im Vergleich zur Zeit vor Beginn der Therapie?**

- sehr gut  deutlich besser  etwas besser  
 unverändert  etwas schlechter  deutlich schlechter

#### **4. Welche Probleme/Schwierigkeiten hatten Sie als Eltern im Umgang mit ihrem Kind, die zu einer psychotherapeutische Behandlung Anlass gaben, wie haben sich diese verändert?** (Bitte beschreiben sie die Schwierigkeit in kurzen Stichpunkten)

1. \_\_\_\_\_

Mu:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantwortenVa:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

2. \_\_\_\_\_

Mu:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantwortenVa:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

3. \_\_\_\_\_

Mu:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantwortenVa:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

4. \_\_\_\_\_

Mu:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantwortenVa:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

5. \_\_\_\_\_

Mu:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantwortenVa:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

6. \_\_\_\_\_

Mu:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantwortenVa:  deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

#### **5. Wie kompetent erleb(t)en Sie sich in ihrer Ausübung der Elternschaft?**

als Mutter:Vor Beginn der Therapie:  völlig überfordert  überfordert  teilweise überfordert  
 kompetent genug  sehr kompetent  kann ich nicht beantwortenJetzt, nach der Therapie:  völlig überfordert  überfordert  teilweise überfordert  
 kompetent genug  sehr kompetent  kann ich nicht beantwortenals Vater:Vor Beginn der Therapie:  völlig überfordert  überfordert  teilweise überfordert  
 kompetent genug  sehr kompetent  kann ich nicht beantwortenJetzt, nach der Therapie:  völlig überfordert  überfordert  teilweise überfordert  
 kompetent genug  sehr kompetent  kann ich nicht beantworten

#### **6. Welche Ziele haben Sie als Eltern während der Therapie für sich entwickelt?** (Beurteilen Sie für jedes Ziel, wie weit Sie in dieser Zielsetzung gekommen sind.)

1. \_\_\_\_\_

Mutter:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantwortenVater:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantworten

2. \_\_\_\_\_

Mutter:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantwortenVater:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantworten

3. \_\_\_\_\_

Mutter:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantwortenVater:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantworten

4. \_\_\_\_\_

Mutter:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantwortenVater:  voll erreicht  erreicht  nicht erreicht  kann ich nicht beantworten

## **7. Haben außer der Bezugspersonentherapie bzw. Therapie des Kindes noch andere Einflüsse oder Ereignisse wesentlich zur Veränderung Ihrer Schwierigkeiten beigetragen?**

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

---



---



---

## **8. Wie lange fühlten Sie schon das Bedürfnis nach psychotherapeutischer Hilfe, bevor Sie mit der Behandlung bei mir begannen?**

Mutter:  weniger als ½ Jahr  weniger als 1 Jahr  weniger als 2 Jahre  kann ich nicht beantworten

Vater:  weniger als ½ Jahr  weniger als 1 Jahr  weniger als 2 Jahre  kann ich nicht beantworten

## **9. Wie zufrieden waren Sie mit meiner Arbeit im Hinblick auf die Therapie mit Ihrem Kind?**

### **Würden Sie eine Therapie in meiner Praxis einer/em guten Freund/in weiterempfehlen?**

Mutter:  ja,  bin unentschieden,  nein,  auf keinen Fall, weil

Vater:  ja,  bin unentschieden,  nein,  auf keinen Fall, weil

## **10. Wie zufrieden waren Sie mit meiner Arbeit im Hinblick auf die Bezugspersonentherapie?**

### **Würden Sie eine Bezugspersonentherapie bei mir einer/em guten Freund/in empfehlen?**

Mutter:  ja,  bin unentschieden,  nein,  auf keinen Fall, weil

Vater:  ja,  bin unentschieden,  nein,  auf keinen Fall, weil

## **11. Wie beurteilen Sie folgende Dienstleistungen?**

Waren die Informationen vor Therapiebeginn auf der **Homepage** hilfreich und verständlich?  1  2  3  4  5  6

Haben Sie sich **von mir ausreichend informiert** gefühlt über die Modalitäten einer Regeltherapie?  1  2  3  4  5  6

Haben Sie sich hinreichend über die **Diagnose Ihres Kindes** aufgeklärt gefühlt?  1  2  3  4  5  6

Haben Sie den **Behandlungsplan und die Vorgehensweise** hinreichend nachvollziehen können?  1  2  3  4  5  6

Haben Sie sich **von mir ernst genommen und wertgeschätzt** gefühlt?  1  2  3  4  5  6

Haben Sie sich **von meinen Mitarbeiterinnen gut betreut und wertgeschätzt** gefühlt?  1  2  3  4  5  6

War der **Datenschutz** für Sie hinreichend gewahrt worden?  1  2  3  4  5  6

Wie beurteilen Sie die **telefonische Erreichbarkeit der Praxis für Terminabsprachen**?  1  2  3  4  5  6

Wie hilfreich waren die **festen Termine für drei Monate im Vorab** für ihren Sohn/Tochter?  1  2  3  4  5  6

Wie wichtig war Ihnen der **Service, Termine online** buchen zu können?  1  2  3  4  5  6

Wie beurteilen Sie die **Handhabbarkeit des Programmes zur Online-Terminbuchung**?  1  2  3  4  5  6

Wie hilfreich war für Sie die **Möglichkeit, Videosprechstunden** nutzen zu können?  1  2  3  4  5  6

Wie beurteilen Sie die **Handhabbarkeit des Programmes für Videosprechstunden**?  1  2  3  4  5  6

Wie zufrieden waren Sie mit der **Ausstattung der Praxis im Hinblick auf die Bedürfnisse der Kinder**?  1  2  3  4  5  6

Wie zufrieden waren Sie mit der **Ausstattung der Praxis im Hinblick auf die Bedürfnisse der Eltern**?  1  2  3  4  5  6

War die **Sauberkeit/Hygiene** der Räumlichkeiten hinreichend gewahrt worden?  1  2  3  4  5  6

Waren die **Parkplatzangebote** hinreichend?  1  2  3  4  5  6

## **12. Wie beurteilen Sie unsere Zusammenarbeit und Kooperation?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit dem Facharzt?         | <input type="checkbox"/> war nicht erforderlich | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit der Schule?           | <input type="checkbox"/> war nicht erforderlich | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit dem Kindergarten?     | <input type="checkbox"/> war nicht erforderlich | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit dem Hort/Tagesstätte? | <input type="checkbox"/> war nicht erforderlich | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |

## **12. Was hat Ihnen bei meiner Art der psychotherapeutischen Behandlung gefallen?**

**Mutter:**

---



---

**Vater:**

---



---

## **14. Was hat Ihnen bei meiner Art der psychotherapeutischen Behandlung nicht gefallen?**

**Mutter:**

---



---

**Vater:**

---



---

**Vielen Dank für Ihre Kooperation und Mühe!**

**Alles Gute für Sie und ihre Kinder!**

**Bitte geben Sie den folgenden Fragebogen an Ihr Kind weiter. Wenn es noch zu jung oder aus anderen Gründen nicht im Stande ist, diesen eigenständig auszufüllen, dann überlassen Sie das Auswertungsgespräch ihrem Kind und mir in einem persönlichem Gespräch. Bitte respektieren Sie, wenn Ihr Kind die Inhalte dieses Bogens nur mir mitteilen möchte.**

**Danke.**

## Nachbefragungsbogen Kinder und Jugendliche

Hallo,

In diesem Fragebogen möchte ich ein paar Fragen an Dich zur Therapie in meiner Praxis und dem aktuellen Gesundheitszustand nach der Behandlung stellen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Je offener Du antwortest, desto mehr hilft es mir und meinem Team.

Wenn Du keine Antwort weißt, die Frage für Dich nicht passt oder Du die Frage nicht verstehst, dann kreuze bitte „kann ich nicht beantworten“ an. Dieses Feld gibt es fast bei jeder Frage und steht immer ganz rechts. So sehe ich, welche Fragen bearbeitet worden sind.

Schicke diesen Bogen zusammen mit dem Deiner Eltern (stecke Deinen am besten in ein verschlossenes Kuvert) per Post zurück, oder bringen ihn ausgefüllt zum Abschlussgespräch mit.

Alle Deine Angaben werden absolut vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Deine Mitarbeit und Offenheit!

Datum: \_\_\_\_\_

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Du warst bei mir in  Einzel-  Gruppen-  Kombitherapie

### **1. Was führte dazu, dass wir unsere Zusammenarbeit beenden?**

(Mehrfachantworten möglich)

- Dein Entschluss, die Therapie zu beenden  Entschluss der Eltern/eines Elternteiles  
 Du und Deine Eltern und ich waren uns einige darin  Ich als Therapeut habe es entschieden  
 es werden keine Sitzungen mehr von der Kasse bezahlt  Du möchtest bei einem/er anderen Therapeuten/in weitermachen  
 andere Gründe (bitte kurz beschreiben) \_\_\_\_\_

### **2. Wie zufrieden bist Du mit dem Ergebnis der Therapie?**

- sehr unzufrieden  unzufrieden  weder zu- noch unzufrieden  
 zufrieden  sehr zufrieden  kann ich nicht beantworten

### **3. Wie fühlst Du Dich jetzt im Vergleich zur Zeit vor Beginn der Therapie?**

- sehr gut  deutlich besser  etwas besser  
 unverändert  etwas schlechter  deutlich schlechter

### **4. Welche Probleme/Schwierigkeiten hattest Du und wie haben sich diese verändert?**

(Bitte beschreibe die Schwierigkeit in kurzen Stichpunkten, z. B. ich hatte Angst alleine zu sein)

1. \_\_\_\_\_  
 deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

2. \_\_\_\_\_  
 deutlich gebessert  leicht gebessert  unverändert  leicht verschlechtert  verschlechtert  kann ich nicht beantworten

3. \_\_\_\_\_  
 deutlich gebessert    leicht gebessert    unverändert    leicht verschlechtert    verschlechtert    kann ich nicht beantworten
4. \_\_\_\_\_  
 deutlich gebessert    leicht gebessert    unverändert    leicht verschlechtert    verschlechtert    kann ich nicht beantworten
5. \_\_\_\_\_  
 deutlich gebessert    leicht gebessert    unverändert    leicht verschlechtert    verschlechtert    kann ich nicht beantworten
6. \_\_\_\_\_  
 deutlich gebessert    leicht gebessert    unverändert    leicht verschlechtert    verschlechtert    kann ich nicht beantworten

**5. Welche Ziele hattest Du während der Therapie für Dich entwickelt und wie gut hast Du diese aus Deiner Sicht erreicht?**

(Beurteile für jedes Ziel, wie weit Du gekommen bist, z.B. dass ich alleine einschlafen kann.)

1. \_\_\_\_\_  
 voll erreicht    erreicht    nicht erreicht    kann ich nicht beantworten
2. \_\_\_\_\_  
 voll erreicht    erreicht    nicht erreicht    kann ich nicht beantworten
3. \_\_\_\_\_  
 voll erreicht    erreicht    nicht erreicht    kann ich nicht beantworten
4. \_\_\_\_\_  
 voll erreicht    erreicht    nicht erreicht    kann ich nicht beantworten

**6. Gab es noch andere Gründe oder Ereignisse außerhalb der Therapie, die Dir halfen, Deine Schwierigkeiten zu bewältigen?**

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

---



---



---

**7. Wie lange hattest Du schon das Bedürfnis, dass Dir jemand helfen möge, ehe Du mit der Therapie bei mir begonnen?**

weniger als ½ Jahr    weniger als 1 Jahr    weniger als 2 Jahre    kann ich nicht beantworten

**9. Wie zufrieden warst Du mit mir? Würdest Du einer/em guten Freund/in empfehlen, bei mir eine Therapie zu machen, wenn er/sie ähnliche Probleme hätte, wie Du sie hattest?**

ja,    bin unentschieden,    nein,    auf keinen Fall, weil

---



---



---



---

**Herzlichen Dank für Deine Mühe!**

**Alles Gute für Dich und Deine Zukunft!**