

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 / Medflex 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
Im Fragebogen sprechen wir immer die Personen an, die in der „Elternfunktion“ an den Bezugspersonenstunden teilgenommen haben, unabhängig vom Status als lb. Eltern, Zieh-, Pflege- bzw. Adoptiveltern.

☐ 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 zu Beginn der Therapie 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 (Zieh-, Pflege-, Adoptiv-) 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 beantworten

als (Zieh-, Pflege-, Adoptiv-) 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(teile)“ 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 den Bezugspersonenstunden bzw. der Therapie des Kindes noch andere Einflüsse oder Ereignisse wesentlich zur Veränderung der Symptomatik 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 Handhabbarkeit von **Medflex** für die datensichere Kommunikation?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Wie beurteilen Sie die **telefonische Erreichbarkeit der Praxis für Terminabsprachen**?

☐ 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 von Appointmind 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

12. Wie beurteilen Sie unsere Zusammenarbeit und Kooperation?

Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit dem Facharzt?	☐ war nicht erforderlich	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit der Schule?	☐ war nicht erforderlich	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit dem Kindergarten?	☐ war nicht erforderlich	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
Wie zufrieden waren Sie mit der Kooperation mit dem Hort/Tagesstätte?	☐ war nicht erforderlich	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

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

Mutter:

Vater:

Erzieher/in, Vormund:

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

Mutter:

Vater:

Erzieher/in, Vormund:

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

10. Was möchtest Du mir noch mitteilen, was Dir gefallen oder Dich gestört hat?

Herzlichen Dank für Deine Mühe!

Alles Gute für Dich und Deine Zukunft!