



--	--	--	--	--	--	--

Fragebogen zur Evaluation Ihrer Psychologischen Beratung KOMPASS

Zur Qualitätssicherung des psychologischen Beratungsangebotes KOMPASS des Bunten Kreises Münsterland e.V. möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Über darüberhinausgehende Kommentare und Anregungen zu dem Beratungsangebot freuen wir uns sehr!

Vielen Dank, dass Sie uns eine Rückmeldung geben.

Nr.	Frage
1	<p>Der Beratungsprozess ist nun abgeschlossen, ist das für Sie der richtige Zeitpunkt?</p> <p><input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>Kommentar:</p>
2	<p>Wie/ wodurch sind Sie auf das Angebot der Psychologischen Beratung KOMPASS aufmerksam geworden?</p>
3	<p>Kennen Sie ein Beratungsangebot, dass Sie alternativ hätten nutzen können?</p> <p><input type="checkbox"/>ja, und zwar folgendes: <input type="checkbox"/>nein</p>
4	<p>Wie wichtig war Ihnen, dass die Beraterin zu Ihnen nach Hause kommt?</p> <p>1 (sehr wichtig) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 5 (gar nicht)</p>
5	<p>Wären Sie auch bereit gewesen ein Beratungsangebot wahrzunehmen, zu dem Sie hätten hinfahren müssen?</p> <p><input type="checkbox"/>ja (maximale Fahrzeit von ___ Minuten pro Weg) <input type="checkbox"/>nein</p>
6	<p>Gab es weitere Unterstützungsangebote, die Sie neben KOMPASS genutzt haben?</p> <p><input type="checkbox"/>ja, und zwar folgendes: <input type="checkbox"/>nein</p>
7	<p>Wie gut fühlten Sie sich von der Mitarbeiterin der Psychologischen Beratung KOMPASS verstanden?</p> <p>1 (sehr) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 5 (gar nicht)</p>

Erstellt von: PSB Team	freigegeben von: Frau Mensing	erstellt: Juni 2017 Revision 3 Überprüfung am: 28.05.2020
---------------------------	----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------



8	Gab es genügend Zeit für die Gespräche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kommentar:
9	Welche Themen waren in der Beratung für Sie wichtig: <input type="checkbox"/> Verarbeitung der Krankheit und den damit verbundenen Themen <input type="checkbox"/> Geschwisterkind(er) <input type="checkbox"/> Umgang mit Stress und Belastung <input type="checkbox"/> Krankheitsspezifische Wissensvermittlung <input type="checkbox"/> Umgang mit Ängsten und Sorgen <input type="checkbox"/> Partnerschaft/ Familienzusammenhalt <input type="checkbox"/> Erziehungsfragen <input type="checkbox"/> Unterstützung in einer Krise <input type="checkbox"/> schwierige Geburtserfahrung <input type="checkbox"/> Erfahrung von Lebensbedrohung und Ohnmacht im Kontext der Erkrankung für mich/ uns sind noch folgende Themen wichtig gewesen:
10	Hat die Beratung Ihnen bei der Lösung Ihrer Fragen/ Probleme geholfen? <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
11	Welche Problemlösungen konnten durch die Beratung angebahnt werden?
12	Würden Sie die Beratung ihren Bekannten in ähnlichen Situationen empfehlen? <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
13	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit den Beratungen? 1 (sehr) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 (gar nicht)



Kommentare und Anregungen

(wenn der Platz nicht reicht, nutzen Sie gern auch die Rückseite):

Und noch ein paar anonyme Angaben:

Ausgefüllt von: Mutter Vater beiden zusammen anderer Person

Anzahl Ihrer Beratungen:

Anzahl der Kinder in Ihrer Familie:

Alter des betroffenen Kindes zu Beginn der Beratung:

Vielen Dank!

Erstellt von: PSB Team	freigegeben von: Frau Mensing	erstellt: Juni 2017 Revision 3 Überprüfung am: 28.05.2020
---------------------------	----------------------------------	-----------------------------------------------------------------