



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FEEDBACK-BOGEN

VERSION FÜR PATIENT:INNEN

Patient:in (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Therapiezeitraum _____

Liebe:r Patient:in,

wir möchten gerne wissen, wie dir die Zeit in der Therapie gefallen hat. Deine Meinung ist uns sehr wichtig, denn nur so können wir besser verstehen, was gut lief und was wir vielleicht noch verbessern können.

(1 = stimmt voll und ganz, 5 = stimmt gar nicht)

	1	2	3	4	5
Meine Therapeutin versteht mich	<input type="checkbox"/>				
Ich bin gerne zur Therapie gegangen	<input type="checkbox"/>				
Auf das, was mir wichtig ist, wurde Rücksicht genommen	<input type="checkbox"/>				
Meine Therapeutin hat mich und meine Probleme ernst genommen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe meine Diagnose und die Therapieziele verstanden	<input type="checkbox"/>				
Die Therapiestunden waren hilfreich	<input type="checkbox"/>				
Die therapeutischen Hausaufgaben waren hilfreich	<input type="checkbox"/>				
Die Bezugspersonstunden waren hilfreich	<input type="checkbox"/>				
Ich habe durch die Therapie schon viel geschafft	<input type="checkbox"/>				
Ich habe meine Behandlungsziele erreicht	<input type="checkbox"/>				
Meine Therapeutin war freundlich und kompetent	<input type="checkbox"/>				
Die Räumlichkeiten der Praxis haben mir gefallen	<input type="checkbox"/>				
Alles in allem bin ich mit der Behandlung zufrieden	<input type="checkbox"/>				