



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FEEDBACK-BOGEN

VERSION FÜR BEZUGSPERSONEN

Patient:in (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Therapiezeitraum _____

Liebe Eltern, Betreuer:innen und sonstige Bezugspersonen!

Uns ist eine kontinuierliche Verbesserung unserer therapeutischen Arbeit sowie ein reibungsloser Praxisablauf sehr wichtig. Deshalb bitten wir Sie, uns durch das Ausfüllen dieses Fragebogens eine Rückmeldung zu geben. Ihre Einschätzung hilft uns dabei, unsere Angebote gezielt weiterzuentwickeln.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit in den folgenden Bereichen:

(1 = sehr zufrieden, 5 = gar nicht zufrieden)

Zufriedenheit mit ...	1	2	3	4	5
der Erreichbarkeit der Praxis (z.B. telefonisch oder per Mail)	<input type="checkbox"/>				
der Wartezeit bis zum Beginn der Therapie	<input type="checkbox"/>				
dem Umgang mit der Krankenkasse (z.B. Antragsverfahren)	<input type="checkbox"/>				
der Aufklärung über Diagnosen, Therapieziele und -maßnahmen	<input type="checkbox"/>				
dem Umfang der genehmigten Sitzungen	<input type="checkbox"/>				
Ihrer Einbeziehung in die Behandlung	<input type="checkbox"/>				
den erreichten Therapieergebnissen	<input type="checkbox"/>				
der Kompetenz der Therapeutin	<input type="checkbox"/>				
dem Umgang der Therapeutin mit Ihnen	<input type="checkbox"/>				
der Praxisumgebung und der Ausstattung	<input type="checkbox"/>				
dem Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>				