

Liebe Eltern,

wir möchten Sie um Ihre Mithilfe bitten. Indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen, helfen Sie uns dieses und zukünftige Beratungsprogramme zu verbessern. Erhebung und Auswertung erfolgen vollkommen anonym. Senden Sie einfach das ausgefüllte Formular per Post in einem Umschlag ohne Absenderadresse an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Ihre KVB

## Patientenfragebogen:

### 1. Wie sind Sie auf das Beratungsangebot aufmerksam geworden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Auf Empfehlung eines Arztes
- Broschüre
- Flyer
- Internet
- andere, und zwar

---

### 2. Welcher Elternteil ist betroffen?

- Vater
- Mutter

### 3. Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weiß nicht
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

### 4. Konnte das Angebot Ihnen und Ihrer Familie weiterhelfen?

Ihnen selbst:  Ja  Nein

Ihrem Kind / Ihren Kindern:  Ja  Nein

### 5. Würden Sie das Angebot weiter empfehlen?

- Ja
- Nein

### 6. Wie gestaltete sich die Terminvergabe?

- sehr umständlich
- umständlich
- neutral
- einfach
- sehr einfach

**7. Mussten Sie auf einen Termin warten?**

sehr lang  lang  neutral  kurz  sehr kurz

**8. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes vor / nach der Beratung?**

(Mehrfachnennungen möglich)

Vor Beratung	/	nach Beratung
<input type="checkbox"/>	Aggression und Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gemüts- und Gefühlsschwankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rückfall in bereits abgelegte Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Essstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Angstsymptome	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zurückgezogenheit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeitsprobleme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungsveränderung in der Schule	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Körperliche Beschwerden ohne organischen Befund	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>

**9. Ist mind. eines Ihrer Kinder weiterhin in Behandlung?**

Ja  Nein

**10. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?**

---

---

---

Vielen Dank

**Patientenfragebogen**

(von den Sorgeberechtigten des Patienten auszufüllen)



Postadresse:

**KVB**

**80684 München**

SuB

Stichwort: Kinderprävention