

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