

Kontinenzschulung vom: _____ bis _____

Patient/in: _____

Datum: _____

Kreuzen Sie bitte an:

Mutter Vater Sonstige

Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Kontinenzschulung bei uns erlebt haben. Durch vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der folgenden Fragen können Sie uns dabei helfen.

Überprüfung Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese zutreffen, und kreuzen Sie die entsprechende Spalte an.

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Die Kontinenzschulung war für mein Kind hilfreich.					
Durch die Kontinenzschulung konnte ich mein Verhalten dem Kind gegenüber positiv verändern.					
Die Inhalte wurden für mich klar und verständlich vermittelt.					
Durch die Gespräche mit dem Trainer bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.					
Ich konnte offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.					
Die Trainer hatten Verständnis für unsere Situation.					
Der Erfahrungsaustausch untereinander hat zum Erfolg der Kontinenzschulung beigetragen.					
Ich war mit der Kontinenzschulung zufrieden.					
Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Kontinenzschulung verbessert.					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Quellenangabe: Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Modifiziert nach F. Matzejat und H. Remschmidt)