

Evaluationsfragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung

Es ist den Mitarbeiter*innen unserer Beratungsstelle ein großes Anliegen im Sinne unserer Klient*innen die Qualität der Beratungen ständig zu überprüfen und zu optimieren. Aus diesem Grund bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt.

Meine Beraterin / mein Berater war

Bitte kreuzen Sie jeweils die Kästchen an, deren Aussage für Sie am ehesten zutreffend ist. (Dabei jeweils nur ein Kästchen ankreuzen.)

a = überhaupt nicht zutreffend b = eher nicht zutreffend c = eher zutreffend d = vollkommen zutreffend

- | | a | b | c | d |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe mich von der Beraterin / vom Berater verstanden und angenommen gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Die Beratung hat mir emotionale Entlastung verschafft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Das Vorgehen und das Engagement der Beraterin / des Beraters haben mir Mut gemacht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Im Laufe der Beratung konnte ich meine Lebenssituation besser verstehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe in der Beratung wichtige Anregungen erhalten und neue Erfahrungen gesammelt, wie ich meine Situation positiv verändern kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich konnte die Beratungssitzung aktiv mitgestalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Das anfängliche Problem hat sich gelöst: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Falls nein:
Ich kann jetzt mit dem Problem besser umgehen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | |

Abschließende Fragen

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Insgesamt bin ich mit der Beratung zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Meine Lebenszufriedenheit ist im Vergleich zur Zeit vor der Beratung
besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> schlechter <input type="checkbox"/> | | | | |
| 10. Ich würde die Beraterin / den Berater
weiterempfehlen <input type="checkbox"/> nicht weiter empfehlen <input type="checkbox"/> | | | | |
| 11. Bei zukünftigen Problemen in meiner Familie oder bei der Erziehung würde ich jederzeit die Hilfe dieser Beratungsstelle wieder in Anspruch nehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

bitte wenden !

12. Wie lange betrug die Wartezeit auf einen Termin?

13. Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Arzt Internet Freunde

anderes, und zwar _____

14. Noch zwei Fragen zur Statistik:

Ihr Geschlecht: weiblich männlich divers

Ihr Alter: _____