

Zufriedenheit der Eltern mit dem Klinikaufenthalt

Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bitte kreuzen Sie für jede Frage das am besten zutreffende Feld an.

Falls Sie diese Umfrage online ausfüllen möchten, geben Sie bitte die aufgedruckte URL in einen Browser ein oder benutzen Sie einen QR-Code Scanner auf einem mobilen Gerät.

Empfang

Wie zufrieden waren Sie mit...

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	weiss nicht
1. ...dem Empfang auf der Station und der Organisation der Aufnahme insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...der Wartezeit bis zur Aufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information und Aufklärung

Wie zufrieden waren Sie mit...

3. ...der Information über die Gründe des Klinikaufenthaltes und der Aufklärung zur Diagnose Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...der Information über Ihre Regeln und Pflichten als Eltern während der Behandlung Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...der Aufklärung über die Regeln auf der Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...den Möglichkeiten als Eltern, bei der Behandlung mitzuwirken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...der Erklärung von Nutzen und Nebenwirkungen von Medikamenten? <input type="checkbox"/> keine Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...dem Umgang mit der Schweigepflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...der Information von Ihnen als Eltern über die Behandlung und aussergewöhnliche Ereignisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...der Ausgestaltung der Kontakt-/Besuchsregelung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlung

Wie zufrieden waren Sie mit...

11. ...den familientherapeutischen Gesprächen (Gespräche mit Ihnen und Ihrem Kind)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...den Elterngesprächen und weiteren therapeutischen Angeboten für Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...dem Inhalt der ausgesprochenen kinder- und jugendpsychiatrischen Empfehlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...dem Ablauf der Gespräche mit Behörden und anderen Institutionen? <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...der Wirkung der medikamentösen Behandlung? <input type="checkbox"/> keine Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...der Arbeit der Klinikschule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arzt/Psychologe/Pflegepersonal/Sozialpädagogen

Wie zufrieden waren Sie mit...

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	weiss nicht
17. ...dem Einsatz/Engagement für Sie als Eltern						
a) des Arztes/Psychologen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) der Pflegefachpersonen/Sozialpädagogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) der Bezugsperson Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...dem Einsatz/Engagement für Ihr Kind						
a) des Arztes/Psychologen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) der Pflegefachpersonen/Sozialpädagogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) der Bezugsperson Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Austritt, Nachbehandlung und Behandlungszufriedenheit

Wie zufrieden waren Sie mit...

19. ...der Vorbereitung auf den Austritt Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...den Informationen/Hilfestellungen zur Vermeidung von Rückfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...der Behandlung auf der Station insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rückblick auf die Behandlung und deren Nutzen

Wie treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	vollständig	eher ja	teilweise	eher nicht	gar nicht	weiss nicht
22. Aus unserer Sicht wurden die Behandlungsziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Insgesamt geht es unserem Kind jetzt nach der Behandlung besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Insgesamt geht es uns als Familie nach der Behandlung besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wir trauen uns zu, den Alltag nach der Entlassung zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich/wir haben gelernt, besser mit den Schwierigkeiten unseres Kindes umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die Beziehung zu meinem/unserem Kind war schon gut oder hat sich positiv verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich würde die Klinik weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Davon konnte ich/konnten wir am besten profitieren:

30. Dinge, die ich verbessern würde:

Aufenthaltsdauer

	zu lange	eher zu lang	gut	eher zu kurz	zu kurz	weiss nicht
31. Die Dauer des Aufenthaltes war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer hat den Bogen ausgefüllt?

- Eltern Vater Mutter andere Person/-en

Geburtsjahr Ihres Kindes

2	0		
---	---	--	--

Geschlecht Ihres Kindes

- männlich
 weiblich

Ausfülldatum (Monat/Jahr)

		/	2	0	2	3
--	--	---	---	---	---	---

Danke, dass Sie sich Zeit für unseren Fragebogen genommen haben. Ihre Meinung ist uns wichtig!

Im vorliegenden Dokument beziehen sich die männlichen Personenbezeichnungen sowohl auf Männer als auch auf Frauen.

Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Elternversion FBZ-KJP-E © A. Della Casa (Zürich), M. Schmid (Basel), S. Urben (Lausanne); in Zusammenarbeit mit der SGKJPP Version 2 / 2018