

Fragebogen zur Schwangerschaftsberatung

Es ist den Mitarbeitern unserer Beratungsstelle ein großes Anliegen im Sinne ihrer Klienten die Beratungstätigkeit ständig zu überprüfen und zu optimieren. Aus diesem Grund bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und gemäß Datenschutzgesetz behandelt.

Bitte kreuzen Sie jeweils den Buchstaben an, deren Aussagen für Sie am ehesten zutreffend ist. Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Kästchen an.

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

- | | a | b | c | d |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe mich vom Berater/ von der Beraterin verstanden und angenommen gefühlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Meine Erwartungen an die Beratung wurden erfüllt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Gesprächsatmosphäre empfand ich als angenehm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gab es Störungen in der Beratung? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | | |
| 5. Ich fühle mich gut informiert bei all den Wegen, die nun auf mich zukommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gibt es noch offene Fragen, die nicht geklärt werden konnten? Welche? | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> | | | | |
| 7. Haben Sie weitere Anmerkungen? | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> | | | | |
| 8. Wie lange betrug die Wartezeit auf einen Termin? | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | |
| 9. Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Freunde | | | | |
| <input type="checkbox"/> anderes, und zwar _____ | | | | |
| 10. Noch ein paar Fragen zur Statistik: | | | | |
| Ihr Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | | | | |
| Ihr Alter: _____ | | | | |