

































Checkliste / Bewertungsbogen

Datum: _____

Bezeichnung der Fördermaßnahme		Ziel der Fördermaßnahme	
Behandelnder Therapeut			
Adresse			

Durchschnittliche Dauer der Behandlung	_____ Minuten	Behandlungszeitraum	_____ Wochen
---	---------------	----------------------------	--------------

	Ja	nicht eindeutig	Nein	Bemerkungen
1) Ist das Ziel der Therapie vor Beginn zwischen Ihnen und der behandelnden Fachkraft ausführlich besprochen worden? (z.B. Angestrebte Meilensteine)	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
2) Hat die Behandlung für einen Zeitraum von mindestens 8 Wochen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
3) Haben Sie regelmäßig über den Inhalt und andere Infos zur Behandlung, mit der Fachkraft gesprochen?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
4) Haben Sie die Behandlung und entsprechende Hinweise lückenlos dokumentiert (Logbuch) und liegt dies jetzt zur Wirksamkeitsbewertung vor?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
5) Ihr Bauchgefühl nach den <u>Behandlungen</u> : Tragen Sie die Anzahl der jeweils angekreuzten Smileys (Logbuch) ein	____  Anzahl	____  Anzahl	____  Anzahl	
6) Wurde das vor der Behandlung besprochene Ziel aus Sicht der Fachkraft erreicht?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
7) Wurde das vor der Behandlung besprochene Ziel aus Ihrer Sicht erreicht?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
8) Ist die Behandlung aus Sicht der behandelnden Fachkraft zielführend?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
9) Nahm Ihr Kind die letzten Behandlungstermine gerne wahr?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
10) Haben Sie einen guten Eindruck von der Behandlungsmethode, der Praxis, und von der behandelnden Fachkraft?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
11) Ist die Behandlung nach Ihrer persönlichen Einschätzung ausreichend entwicklungsfördernd?	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 