

Checkliste / Bewertungsbogen

Datum: _____

Bezeichnung der Fördermaßnahme	Ergotherapie	Ziel der Fördermaßnahme	Verbesserung des a) Konzentrationsvermögens b) Koordinationsvermögens
Behandelnder Therapeut	Frau Mustermann		
Adresse	Musterstraße 7, 12345 Musterstadt		

Durchschnittliche Dauer der Behandlung	<u>45</u> Minuten	Behandlungszeitraum	<u>8</u> Wochen jeweils eine Behandlung
---	-------------------	----------------------------	--

	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"/>	Alle Termine fanden wie geplant statt.
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"/>	Ausführliche und freundliche Gespräche. Auch zwischenzeitlich per Telefonkontakt.
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	<u>5</u> Anzahl	<u>2</u> Anzahl	<u>1</u> Anzahl	Anfangs empfand ich die Erfolgsaussicht als sehr fraglich.
6) Wurde das vor der Behandlung besprochene Ziel aus Sicht der Fachkraft erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Der Erfolg sei beeindruckend und überdurchschnittlich groß.
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"/>	Aus Sicht von Frau Mustermann sei dies ganz klar der Fall.
9) Nahm Ihr Kind die letzten Behandlungstermine gerne wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die letzten Termine nahm mein Kind sehr gerne wahr. Den ersten und zweiten Termin nahm mein Kind ungerne wahr.
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"/>	
