

Angebot Frühberatung

► Bitte den Bogen per E-Mail oder Post an folgende Adresse schicken:

Landeshauptstadt Potsdam
 Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
 Koordination Frühe Hilfen
 Friedrich-Ebert-Str. 79/81
 14469 Potsdam

E-Mail: fruehehilfen@rathaus.potsdam.de

Unser Interesse an der Evaluation dient vordergründig der Qualitätssicherung und -entwicklung des Angebotes und nicht der Auswertung jeder einzelnen Beratung. Bitte nutzen Sie für Lob, Kritik und Feedback auch die Möglichkeit des persönlichen Gespräches mit den Beraterinnen/ Beratern.

Nutzerin/Nutzer des Angebotes	schwanger <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	Eltern <input type="checkbox"/>
Kind	ungeboren <input type="checkbox"/>	1. Lebensjahr <input type="checkbox"/>	2. Lebensjahr <input type="checkbox"/>	3. Lebensjahr <input type="checkbox"/>

Träger/Anbieter der Beratung	
Zeitraum der Beratung	

Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung?	(sehr) zufrieden/ oder ja <input type="checkbox"/>	teils, teils <input type="checkbox"/>	nicht zufrieden/ oder nein <input type="checkbox"/>
	Anmerkungen:		
Wie zufrieden waren Sie mit dem Verlauf und dem Prozess der Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anmerkungen:		

Hat sich mit der Beratung eine Verbesserung eingestellt?

ja

teils, teils

nein

Anmerkungen:

Haben sie nach Ablauf oder innerhalb der Beratung weiterführende/andere Unterstützung in Anspruch genommen?

ja

teils, teils

nein

Wenn „ja“, welche?

Hilfe zur Erziehung

Psychotherapie (selbst)

Frühförderung

Psychiatrische Hilfe (selbst)

Sozialpädiatrisches Zentr.

Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung des Angebots?

Oder

Hatten Sie andere Vorstellungen zum Angebot?