

VDS-QMT04-Sitz Therapeut – Therapiesitzung Qualität

Sitzung Nr. Am (Datum)

Patient Vorname: Nachname: Datum:

Bitte beschreiben Sie, wie für Sie diese Therapiesitzung war.

0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3 = sehr

1	Konnte der/die Pat. sein gefühlsmäßiges Erleben mitteilen?	0 1 2 3
2	Hat der/die Pat. es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen?	0 1 2 3
3	Gingen Sie auf die Bedürfnisse Ihres/Ihrer Pat.ein?	0 1 2 3
4	Kam es dabei zu einer tiefen Erfahrung mit intensiven Gefühlen?	0 1 2 3
5	Entstand eine gedankliche Neueinschätzung, die neue Perspektiven eröffnet und neue Verhaltensweisen zuläßt?	0 1 2 3
6	Wie sehr will der/die Pat. die vereinbarten Änderungen anpacken?	0 1 2 3
7	Wie förderlich erlebten Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem/der Patienten/in?	0 1 2 3
8	Wieviel trug die Stunde dazu bei, daß der/die Pat.sich selbst und daß er/sie dieses Problem (noch) hat akzeptieren kann?	0 1 2 3
9	Wie sehr trug die Stunde dazu bei, daß der/die Pat. sich für fähig hält, das Vorhaben der kommenden Woche(n) erfolgreich zu meistern?	0 1 2 3
10	Wieviel Hoffnung und Zuversicht wurde in der Stunde aufgebaut?	0 1 2 3
11	Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Stunde?	0 1 2 3

Wenn Sie den Eindruck haben, dass (vor allem im Vergleich mit dem Patientenfeedback zu dieser Sitzung – VDS07a) etwas bezüglich Inhalt oder Prozess der Therapie vorliegt, das klärungsbedürftig ist, können Sie die erforderlichen Überlegungen mit der Ereignisliste VDS10b beginnen, um das Thema später in der Interventionssequenz Ihres Qualitätszirkels zu besprechen.

() Der Vergleich mit dem Feedbackbogen des Patienten zu dieser Stunde ergibt folgende Auffälligkeiten:

.....
.....
.....

() Dies erfordert eine Nachbesprechung. () sofort () nächste Stunde

() Ergebnis der Nachbesprechung:

.....
.....
.....