

Kontinenzschulung vom: _____ bis _____

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Name des Trainers: _____ Datum: _____

Wir möchten Sie bitten, die Kontinenzschulung für die jeweilige Gruppe (Elternschulung, Kinderschulung) auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Feststellung, inwieweit sie für die Kontinenzschulung zutreffend ist. Beziehen Sie sich auf den gesamten Zeitraum bis zum Zeitpunkt des Abschlussgesprächs.

Kinderschulung

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Die Inhalte waren für das Kind klar und verständlich.					
Die Probleme des Kindes haben sich im Laufe der Kontinenzschulung gebessert.					
Die Behandlung war hilfreich für das Kind.					
Das Kind konnte offen über die Probleme reden.					

Elternschulung

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Die Inhalte konnten von den Eltern gut aufgefasst und genutzt werden.					
Im Laufe der Zusammenarbeit haben die Eltern ein besseres Verständnis für die Probleme des Kindes bekommen.					
Im Laufe der Kontinenzschulung konnten die Eltern das Verhalten gegenüber dem Kind positiv verändern.					
Die Kontinenzschulung war hilfreich für die Eltern.					
Die Eltern konnten offen über die Probleme reden.					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Quellenangabe: Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Modifiziert nach F. Matzejat und H. Remschmidt)