

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung , welche Sie erhalten haben, beurteilen ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ausgezeichnet | gut | weniger gut | schlecht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten , die Sie wollten ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eindeutig nicht | eigentlich nicht | im Allgemeinen ja | eindeutig ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. In welchem Maße hat diese Behandlung ihren Bedürfnissen entsprochen ?

| | | | |
|---|--|--|---|
| sie hat fast allen meine Bedürfnissen entsprochen | sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen | sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen | sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Würden Sie einem Freund/einer Freundin , diese Behandlung empfehlen , wenn er/ sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eindeutig nicht | ich glaube nicht | ich glaube ja | eindeutig ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe , welche Sie hier erhalten haben ?

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ziemlich unzufrieden | leidlich oder leicht unzufrieden | weitgehend zufrieden | sehr zufrieden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen ?

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--|
| ja, sie half eine ganze Menge | ja, sie half etwas | nein, sie half eigentlich nicht | nein, sie hat mir die Dinge schwerer ge- macht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| sehr zufrieden | weitgehend zufrieden | leidlich oder leicht unzufrieden | ziemlich unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Würden Sie wieder eine solche Behandlung aufsuchen , wenn Sie Hilfe bräuchten ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eindeutig nicht | ich glaube nicht | ich glaube ja | eindeutig ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
