

Datum:

Betreuungszeitraum:

## FO Fragebogen Hebammenarbeit

1. Deine Einschätzungen und Ideen helfen mir, meine Hebammenarbeit und professionellen Abläufe zu verbessern und zu optimieren. Du hilfst mir dabei, indem Du diesen Fragebogen ausfüllst und an mich zurückschickst (E-Mail, Post, Fax oder persönlich).

Deine Antworten werden absolut vertraulich und nur von mir ausgewertet. **Vielen Dank!!**

Wie bist Du auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Warum hast Du Dich für meine Betreuung entschieden?

\_\_\_\_\_

### 2. Schwangerenbetreuung

Schulnote 1 positiv bis 6 negativ

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 2.1 | Ich möchte Dir das Gefühl von Sicherheit geben, wie gut ist es mir gelungen? |  |
| 2.2 | Habe ich mir genügend Zeit zum Zuhören genommen?                             |  |
| 2.3 | Warst Du mit meiner Pünktlichkeit zufrieden?                                 |  |
| 2.4 | Habe ich verständlich erklärt und somit leicht umzusetzen?                   |  |
| 2.5 | Ist es mir gelungen, evtl. vorhandene Ängste zu nehmen?                      |  |
| 2.6 | Hast Du Vorschläge zur Verbesserung?   |  |
| 2.7 | Was hat Dir besonders gefallen?  |  |
| 2.8 | Was hat Dir weniger gefallen?  |  |

### 3. Betreuungsangebot

|     |   |             |
|-----|---|-------------|
| 3.1 | Ist mein Betreuungsangebot ausreichend und abwechslungsreich? | O Ja O Nein |
| 3.2 | Findest Du genug Angebote, die Dir gefallen haben?            | O Ja O Nein |
| 3.3 | Welches Angebot fehlt?  |             |
| 3.4 | Was könnte verbessert werden?                                 |             |

Datum:

Betreuungszeitraum:

#### 4. Verwaltung

Schulnote 1 positiv bis 6 negativ

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 4.1 | Wie beurteilst Du das Anmeldeprozedere (Formalitäten)                 |  |
| 4.2 | Wie warst Du mit meiner telefonischen Erreichbarkeit zufrieden?       |  |
| 4.3 | Zeitliche Beantwortung Deiner E-Mails, Anrufe, Nachrichten?           |  |
| 4.4 | Bist du mit dem schriftlichen Informationsmaterial/Skripte zufrieden? |  |
| 4.5 | Was könnte verbessert werden?   |  |

#### 5. Wochenbettbetreuung

Ja    Nein

|     |   | Ja | Nein |
|-----|---|----|------|
| 5.1 | Ich fühlte mich im Wochenbett gut betreut.  |    |      |
| 5.2 | Häufigkeit und Dauer der Besuche waren für mich ausreichend.  |    |      |
| 5.3 | Waren meine vermittelten Informationen verständlich und hilfreich?  |    |      |
| 5.4 | Warst Du mit meiner Pünktlichkeit zufrieden?  |    |      |
| 5.5 | Warst Du mit der Stillanleitung zufrieden?  |    |      |
| 5.6 | Was hat Dir besonders gut gefallen?   |    |      |
|     | Was hat Dir weniger gut gefallen?   |    |      |
| 5.7 | Hast Du Vorschläge zur Verbesserung? Welche?  |    |      |
| 5.8 | Wie hast Du jetzt die Geburt in Erinnerung?   |    |      |
| 5.9 | Alter Deines Kindes heute:<br><br>O Stillst Du noch ausschließlich<br><br>O Stillen und Flasche seit wann/Alter Kind:<br><br>O Stillen und Beikost seit wann/ Alter Kind:<br><br>O bisher nur Flasche |    |      |

Gibt es noch etwas, was Du mir sagen möchtest?