



## Evaluationsbogen Betreuungsabschluss

Evaluation nach Betreuung von Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett

### 1.) Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung  Papier-Hebammenliste  Internet  Sonstiges \_\_\_\_\_

### 2.) Sind Ihre die Wünsche / Erwartungen erfüllt worden in Bezug auf

a) Fachkompetenz

nicht erfüllt  weniger als erwartet  genau wie erwartet  mehr als erwartet

Was konkret hatten Sie anders erwartet? \_\_\_\_\_

b) Kommunikation

nicht erfüllt  weniger als erwartet  genau wie erwartet  mehr als erwartet

Was konkret hatten Sie anders erwartet? \_\_\_\_\_

c) Organisation

nicht erfüllt  weniger als erwartet  genau wie erwartet  mehr als erwartet

Was konkret hatten Sie anders erwartet? \_\_\_\_\_

d) Häufigkeit der Termine

nicht erfüllt  weniger als erwartet  genau wie erwartet  mehr als erwartet

Was konkret hatten Sie anders erwartet? \_\_\_\_\_

e) Zeitlicher Rahmen pro Termin

nicht erfüllt  weniger als erwartet  genau wie erwartet  mehr als erwartet

Was konkret hatten Sie anders erwartet? \_\_\_\_\_

3.) Worauf wären Sie bei einem Wochenbettbesuch bereit gewesen zu verzichten, wenn ich die von der Krankenkasse vorgegebene/-bezahlte Betreuungszeit von 20 Minuten / Termin eingehalten hätte?

\_\_\_\_\_

4.) Worauf wären Sie bei einem Wochenbettbesuch keinesfalls bereit gewesen zu verzichten, wenn ich die von der Krankenkasse vorgegebene / bezahlte Betreuungszeit von 20 Minuten bei jedem meiner Besuche eingehalten hätte?

\_\_\_\_\_

Weiter auf Seite 2



5.) Bin ich in angemessener Weise auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen?  ja  nein

Wenn nein, inwiefern nicht? \_\_\_\_\_

**6.) Nur für Hausgeburt:**

Konnten Sie alles nachvollziehen, was bei Geburt geschehen ist / was ich getan habe oder ist noch eine Frage offen?

\_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Geburt so wie sie war "im Frieden", auch wenn Sie eventuell anders war als erhofft?

\_\_\_\_\_

Kopie des Geburtsberichtes ausgehändigt?  ja  nein

**7.) Nur für Wochenbettbetreuung:**

Fühlten Sie sich nach dem letzten Wochenbettbesuch bereit für die neue Lebenssituation?

ja  nein

Wenn nein, inwiefern nicht? \_\_\_\_\_

**8.) Nur für Akupunktur:**

Können Sie eine Verbesserung Ihrer Beschwerden spüren in (zeitlichen) Zusammenhang mit der Akupunktur?

nein  weiß nicht  ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, wie intensiv Sie die Beschwerden fühlten auf einer Skala von 1 (kaum) bis 10 (unerträglich)

vor Beginn der Akupunkturbehandlung  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

am Ende der Akupunkturbehandlung  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Haben Sie außer der Akupunktur weitere Maßnahmen gegen die Beschwerden parallel probiert?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9.) Sonstige Anmerkungen, Ergänzungen, Ideen zu meiner Hebammenbetreuung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_