

Schatten & Licht e. V.
Sabine Surholt
Obere Weinbergstr. 3
D-86465 WELDEN

FRAGEBOGEN ZUR MUTTER-KIND-EINRICHTUNG

Um das Therapieangebot Ihrer Einrichtung für die betroffenen Frauen im Internet besser vorstellen und vergleichbarer machen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen an uns zurückzusenden, unter der Voraussetzung, dass Sie mit dessen Veröffentlichung einverstanden sind.

- Name der Einrichtung: _____
- Straße, PLZ, Ort: _____
- Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
- Station: _____
- Anzahl der Mutter-Kind-Einheiten: _____
- Bettenanzahl der gesamten Station: _____
- Seit welchem Jahr Mutter-Kind-Behandlung? _____
- Aufnahme des Kindes bis zu welchem Alter? _____
- Aufnahme von Geschwisterkindern? Ja Nein
- Reine Frauenstation? Ja Nein
- Eigenes Bad pro Einheit vorhanden? Ja Nein
- Kinderbetten, Wickeltische vorhanden? Ja Nein
- Spielzimmer vorhanden? Ja Nein
- Küche, Ruheraum vorhanden? Ja Nein
- Direkter Zugang zu Garten und Spielplatz? Ja Nein
- Einbeziehung der Angehörigen in Therapie? Ja Nein
- Mitübernachtung eines Angehörigen möglich? Ja Nein
- Ambulante Nachsorge möglich? Ja Nein
- Anbindung an lokale Selbsthilfegruppe? Ja Nein **b.w.!**

• Personalausstattung:

Anzahl	Fachgebiet	Stationszugehörig	Liaisondienst
_____	PsychiaterIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	GynäkologIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	KinderärztIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Kinder-, JugendpsychiaterIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	PsychologIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	StillberaterIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	PflegerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	PhysiotherapeutIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	ErgotherapeutIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Kunst-/Musik-/TanztherapeutIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Soz.-PädagogIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Soz.-ArbeiterIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Therapieangebote:

Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gesprächstherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gestalttherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Transaktionsanalyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Familientherapie / Systemtherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychodrama	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mutter-Kind-Interaktionstherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kunst-/Musik-/Tanztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Babymassage	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

• Datum, Unterschrift: _____