



Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

1. Wie fühlten Sie sich in der Ergotherapie in Ihrem derzeitigen Modul/bis jetzt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Was hat Ihnen an der Ergotherapie am Meisten Spaß gemacht? (mehrere Antworten sind möglich)

- Einzelarbeit       Einzeltherapie       Gruppenarbeit       Einzeltherapie in der Gruppe
- Projektarbeit       „Partnerarbeit“ (zwei Teilnehmer\*innen)

3. Wie fühlen Sie sich bei Interpassus insgesamt? (mehrere Antworten möglich)

- allein gelassen       hilflos       bevormundet       sicher
- gut aufgehoben       ohne jede Rechte       eingengt       wohl
- besser als draußen       schlechter als draußen       nichts davon: \_\_\_\_\_

4. Was waren bisher für Sie wichtige Erfahrung während ihrer Teilnahme bei Interpassus? Was hat Ihnen bisher gefallen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Was hat Ihnen bislang bei Interpassus nicht gefallen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Konnten Sie in der Ergotherapie ihre Ziele äußern? \_\_\_\_\_

7. Haben Sie das Gefühl, dem, was Sie zu Beginn der Ergotherapie erreichen wollten, näher gekommen zu sein?       ja, auf jeden Fall       eher nicht  
 teilweise       nein       ich weiß nicht

8. Haben Sie Ziele für die Zukunft erkannt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Haben Sie das Gefühl, genug Hilfe, Unterstützung und Angebote zu bekommen, um später im Alltag das weiter zu führen, was Sie sich vorgenommen haben?       ja, ausreichend       nur zum Teil  
 ungenügend       nein, gar nicht       ich habe keine Ziele

10. Wie waren Sie bislang mit der Betreuung durch die Ergotherapeut\*innen zufrieden?       sehr zufrieden       weniger zufrieden       zufrieden       unzufrieden

11. Hat Ihnen etwas in der Ergotherapie geholfen, dem, was Sie sich vorgenommen hatten, näher zu kommen? Wenn ja, was?       nein       ja, zum Teil       ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Bietet Ihnen Ergotherapie Hilfe bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung?       nein       ja, zum Teil       ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

13. **Wo sehen Sie selbst ihre Stärken? Über welche Fähigkeiten, Talente freuen Sie sich?**

.....  
.....  
.....  
.....

14. **Wo sehen Sie selbst Ihre Schwächen? Was können Sie nicht besonders gut? Wo mangelt es Ihnen vielleicht an Selbstvertrauen?**

.....  
.....  
.....

15. **Welche Therapie (ganz allgemein) hat Ihrer Meinung nach am Meisten geholfen?** (mehrere Antworten sind möglich)

- Medikamente       Ärztliche Gespräche       Sozialberatungsangebote
- Ergotherapie       Psychologische Gespräche       Gespräche mit Sozialarbeiterinnen
- Musiktherapie       Soziotherapie       Tanztherapie       Sport Bewegungstherapie
- der Aufenthalt bei Interpassus insgesamt       Keine oder andere: .....

16. **Was hat Ihnen bei Interpassus besser gefallen? Wann fühlten sie sich wohler?**

- Einzeltherapie       Einzelarbeit       Gruppenarbeit       beides gleich
- Woran machen Sie das fest? .....
- .....

17. **Was waren für Sie die wichtigsten Erfahrungen in der Ergotherapie bei Interpassus?**

.....  
.....  
.....

18. **Was hat Ihnen an der Ergotherapie bei Interpassus nicht gefallen?**

.....  
.....

19. **In welchen Arbeitsfähigkeiten fühlten Sie sich durch Interpassus am Meisten gefördert?**

(mehrere Antworten sind möglich)

- elementare Fähigkeiten**       **spezielle Fähigkeiten**       **emotionale Fähigkeiten**
- soziale Fähigkeiten**       **im Bereich des Selbstbildes**

20. **Auf welcher Ebene fühlen Sie sich durch Interpassus am Meisten gefördert?** (mehrere Antworten sind möglich)

- Selbständigkeit       Sicherheit/ Selbstvertrauen
  - Konzentration und Ausdauer       eigene Ideen zu entwickeln (Kreativität)
  - aktiv zu werden       Umgang mit anderen Klient\*innen
  - eigenes Rollenbild       Gedächtnis
  - Suche nach Problemlösungsstrategien und Umsetzung
  - bestimmte Fingerfertigkeiten       Vorbereitung auf eine berufliche Normalität
  - auf gar keiner       andere: .....
- .....
- .....



Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- 21. Haben Sie Interesse die Tätigkeiten, welche Sie in der Ergotherapie gemacht haben, auch später fortzusetzen** (als Freizeitgestaltung/ Hobby, als Zuverdienst)?  
 ja, mit großem Interesse     ab und zu     nein     eventuell     weiß nicht
- 22. Hatte die Ergotherapie Auswirkungen auf Ihr soziales Verhalten?** (Kontakt, Umgang mit Anderen...)?  
**Wenn ja, in welcher Hinsicht**     nein     ja, zum Teil     Ja: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 23. Fühlten Sie sich bislang in der Ergotherapie geistig gefördert?** (Ausdauer, Konzentration, Gedächtnis,...)  
**Wenn ja, was hat sich dadurch verändert?**     nein     ja, zum Teil  
 Ja: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 24. Fragen zur Zeit/ Dauer:**
- a. Wie lange und wie viele Stunden nehmen Sie bei Interpassus durchschnittlich teil:**  
**Stunden/Pro Tag:** \_\_\_\_\_ **Stunden/Pro Woche:** \_\_\_\_\_  
 Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Dauer der Therapie in Monaten insgesamt: \_\_\_\_\_
- b. Gab es Unterbrechungen der Therapie?**     nein     ja, wie lange und warum/wofür: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- c. Wie empfanden Sie bisher die Zeit, welche Sie** (täglich/ wöchentlich) **in der Ergotherapie verbrachten?**  
 zu kurz, ich hätte gerne mehr Zeit in der Ergotherapie verbracht     genau richtig     zu lang
- 25. Hat sich die Ergotherapie auf Ihren Umgang mit Gefühlen ausgewirkt? Wenn ja, können Sie beschreiben, was sich verändert hat?**     nein     ja, zum Teil     Ja: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 26. An welche Modulen/ Angeboten haben sie bei Interpassus teilgenommen**  
 M 1     M 2     M 3     M 4     M 5     M 6

Welche Module halfen, welche unterstützen Sie, welche nicht: (mehrere Antworten möglich)

Name der/des Haupt-Angebote		
M__:		
M__:		
M__:		
M__:		
M__:		

- 27. Welche(s) Modul(e) (=M) hat/ haben Ihre Zielsetzung am Meisten angesprochen:** (mehrere Antworten möglich)  
 M 1     M 2     M 3     M 4     M 5     M 6    Warum/wodurch: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**28. Haben Sie in der Ergotherapie Bereiche (wieder-) entdeckt, in denen es Ihnen Spaß macht, kreativ zu sein und aktiv zu werden? Wenn ja, welche und wollen Sie die fortsetzen?**

nein  ja, zum Teil  Ja: \_\_\_\_\_  
.....  
.....

**29. Haben sich durch die Ergotherapie Ihre Wahrnehmung von eigenen Wünschen und Bedürfnisse oder Ihr Selbstwertgefühl verändert? Wenn ja, in welcher Hinsicht und wie empfinden Sie das? Hatten Sie das Gefühl, dich selbst etwas mehr „verwirklichen“ zu können?**

nein  ja, zum Teil  Ja: \_\_\_\_\_  
.....  
.....

**30. Haben Sie in der Ergotherapie praktische Hilfen für das alltägliche Leben bekommen? Wenn ja, welche?**

nein  ja, zum Teil  Ja: \_\_\_\_\_  
.....  
.....

**25. Wie würden Sie selbst die Erkrankung(en), die Sie haben bezeichnen?** \_\_\_\_\_  
.....  
.....

**26. Hat sich etwas in ihrer Einstellung zu ihrer Erkrankung geändert?**

ich bin und war nicht krank  nein, ich sehe sie noch genauso  
 ja, ich kann meine Erkrankung jetzt besser...  1. ... verstehen  2. ... akzeptieren  
 ja ich habe gelernt, besser mit der Erkrankung umzugehen  
 ja, ich habe durch MitklientInnen erfahren, dass ich nicht die/der Einzige bin, der/die Probleme hat

**31. Fühlen Sie sich von Ihrer/m Ärzt\*in genügend über Therapiemöglichkeiten informiert?**

nein  ja, ausreichend  nicht ausreichend  
 ja, umfassend  ja, aber nicht verständlich

**32. Haben Gespräche zum Verständnis Ihrer Erkrankung beigetragen und Ihnen geholfen, Lösungsmöglichkeiten für Ihre Probleme zu finden?**

ja, sie waren sehr hilfreich  eher weniger  ja, zum Teil  nein, überhaupt nicht  ich weiß nicht

**33. Haben Sie Anregungen, konstruktive Kritik für die Angebote bei oder MitarbeiterInnen von Interpassus? Haben Sie Vorstellung oder Vorschläge für weitere Angebote bei Interpassus?**

.....  
.....  
.....

**Wie fühlen Sie sich bislang bei Interpassus im Allgemeinen?**

Bitte kreuzen Sie an:



**Vielen Dank für Ihre Rückmeldung**

*und auf weitere gute Zusammenarbeit bei Interpassus.*

*Ihr Team von Interpassus*