



## Ihr Feedback zum Kurs

Liebe/r KursteilnehmerIn,  
damit wir das Kinaesthetics-Kursangebot kontinuierlich weiter entwickeln können, wünschen wir uns Ihre ehrliche Einschätzung zum Kurs. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie eines der 6 Kästchen von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“ ankreuzen.

### Vorbereitung auf den Kurs

1 Wie sind Sie auf diesen Kurs aufmerksam geworden?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zeitung / Presse     | <input type="checkbox"/> Werbung / Aushang |
| <input type="checkbox"/> mündliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Pflegekasse       |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Klinik | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> andere:              |  |
- .....

### Kursorganisation

trifft gar  
nicht zu

trifft  
voll zu

2 Die zeitliche Aufteilung des Kurses war optimal  
(Kurseinheiten nicht zu lang / zu kurz).

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Beurteilung der Kurseinheiten (Kurstage,...)

trifft gar  
nicht zu

trifft  
voll zu

3 Es gab im Kurs viele Möglichkeiten, meine eigenen  
Überlegungen und Fragen einzubringen.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4 Die Ausführungen des Trainers / der Trainerin waren stets  
verständlich für mich.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5 Im Kurs konnte ich viele intensive praktische Erfahrungen  
machen.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Veränderungen im Alltag

*Nur ausfüllen, wenn Sie bereits Pflegeerfahrung haben.*

trifft gar  
nicht zu

trifft  
voll zu

6 Ich kann die Fähigkeiten meines / meiner Angehörigen  
besser beobachten und einbeziehen.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7 Ich kann bei der Pflege meines / meiner Angehörigen besser  
auf meine eigene Bewegung achten.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8 Ich kann besser für meine Bedürfnisse eintreten.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9 Meine allgemeine Belastung bei der Pflege meines / meiner  
Angehörigen ist gesunken. (Bitte begründen Sie kurz...)

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

.....

<b>Gesamteinschätzung</b>		<b>trifft gar nicht zu</b>	<b>trifft voll zu</b>
10	Ich habe im Kurs viele neue Erkenntnisse gewonnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich werde den Kurs weiter empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Was haben Sie in diesem Kurs gelernt? ..... .....		
13	Welches Thema würden Sie gerne vertiefen? .....		
14	Wie möchten Sie dieses Thema vertiefen? .....		
15	Was könnte am Kurs in Zukunft noch verbessert werden? .....		

**Allgemeine Angaben**

16	Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
17	Ihr Alter:	<input type="checkbox"/> unter 25 Jahre	<input type="checkbox"/> 25 bis 34 Jahre	<input type="checkbox"/> 35 bis 44 Jahre
		<input type="checkbox"/> 45 bis 54 Jahre	<input type="checkbox"/> 55 bis 64 Jahre	<input type="checkbox"/> 65 bis 74 Jahre
		<input type="checkbox"/> 75 bis 84 Jahre	<input type="checkbox"/> 85 Jahre und älter	
18	Wie lange pflegen Sie schon?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> < 2 Jahre	<input type="checkbox"/> 2 - 5 Jahre
		<input type="checkbox"/> 6 - 10 Jahre	<input type="checkbox"/> > 10 Jahre	
19	Wen pflegen Sie?	<input type="checkbox"/> (Ehe)PartnerIn	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Kind
		<input type="checkbox"/> NachbarIn	<input type="checkbox"/> andere:	.....
20	Welche Vorerfahrung hatten Sie mit Kinaesthetics?	<input type="checkbox"/> Häusl. Schulung d. Kinaesth.-TrainerIn	<input type="checkbox"/> früheren Kinaesthetics-Kurs	
		<input type="checkbox"/> Infoveranstaltung	<input type="checkbox"/> Beratung durch Pflegedienst	
		<input type="checkbox"/> Beratung durch Pflegestützpunkt	<input type="checkbox"/> Beratung durch Krankenhaus	
		<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> andere:	.....

**Vielen Dank!**