

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		
_____	GynäkologIn		
_____	KinderärztIn		
_____	Kinder-, JugendpsychiaterIn		
_____	Dipl.-PsychologIn		
_____	Hebamme		
_____	StillberaterIn		
_____	PflegerIn		
_____	PhysiotherapeutIn		
_____	ErgotherapeutIn		
_____	Kunst-/Musik-/TanztherapeutIn		
_____	Soz.-PädagogIn		
_____	Soz.-ArbeiterIn		
_____	Sonstige:_____		

• Therapieangebote:

Psychopharmakotherapie	Ja	Nein
Psychotherapie, tiefenpsych., analytisch	Ja	Nein
Verhaltenstherapie	Ja	Nein
Gesprächstherapie	Ja	Nein
Gestalttherapie	Ja	Nein
Transaktionsanalyse	Ja	Nein
Familientherapie / Systemtherapie	Ja	Nein
Psychodrama	Ja	Nein
Mutter-Kind-Interaktionstherapie	Ja	Nein
Physiotherapie	Ja	Nein
Bewegungstherapie	Ja	Nein
Ergotherapie	Ja	Nein
Kunst-/Musik-/Tanztherapie	Ja	Nein
Babymassage	Ja	Nein
Sonstige:_____	Ja	Nein

• Datum, Unterschrift:\_\_\_\_\_