

Feedback-Bogen

Name: _____ Datum: _____

1. Was haben wir heute Wichtiges besprochen, woran Sie sich erinnern möchten?

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

2. Wie stark hatten Sie heute das Gefühl, Sie konnten Ihrem Therapeuten vertrauen?

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

3. Gab es heute etwas in Ihrer Therapie, das Sie gestört hat? Wenn ja, was war es?

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

4. Wie viele von Ihren Hausaufgaben für Ihre heutige Therapiesitzung haben Sie gemacht? Wie sicher sind Sie, dass Sie Ihre neuen Hausaufgaben erledigen werden?

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

5. Was möchten Sie in der nächsten Sitzung unbedingt besprechen?

.....

.....

.....