

## **Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen stationär**

**LOGO**

*(mittels Interview)*

*Textvorschlag für Interviewer:*

Guten Tag Frau / Herr ...,

Es ist sehr schön, dass Sie Zeit für mich haben.

Ich heiße ..... und komme heute im Auftrag der ..... also der Einrichtung, in der Sie leben, zu Ihnen, weil ich gerne wissen möchte, wie es Ihnen hier geht.

Ich möchte gerne erfahren, ob Sie zufrieden sind und ob Sie gerne hier wohnen.

Es geht auch darum, mit Ihrer Hilfe herauszufinden, was hier in der Einrichtung verbessert werden könnte.

Ihre Meinung ist für mich sehr wichtig, deshalb wäre es sehr schön, wenn Sie mir die Fragen, die ich Ihnen stellen möchte, beantworten würden, aber Sie können selbst entscheiden, ob Sie mir die Fragen beantworten wollen oder nicht.

Bitte sagen Sie es, wenn Sie eine Frage nicht verstehen. Ich helfe Ihnen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfahren nicht, was Sie mir erzählen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## 1. Versorgung

ja eher ja nein  
  

- |                                                              |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 Das Essen schmeckt mir gut.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Ich kann immer trinken, wenn ich möchte.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Ich kann immer essen, wenn ich möchte.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Ich suche mir selbst aus, was ich anziehen will.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Für mich ist immer jemand da, wenn ich jemanden brauche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 Ich kann mitbestimmen, was es zu essen gibt.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. Wohnen

ja eher ja nein  
  

- |                                                                                            |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 Mein Zimmer ist eingerichtet, so wie ich es haben will.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Die Bäder und Toiletten sind sauber.                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Meine Wohngruppe gefällt mir.                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Ich fühle mich wohl in der Wohngruppe.                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 Ich kann ungestört allein in meinem Zimmer sein.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 Ich werde gefragt, wenn in der Wohngruppe etwas verändert werden soll.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 An Sachen, die mir gehören, geht keiner dran.                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 Ich kann jederzeit Besuch bekommen.                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 Ich kann mit einem Freund / einer Freundin zusammen sein, ohne dass ich gestört werde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Mitarbeiter der Wohngruppe

ja eher ja nein  




3.1 Die Mitarbeiter helfen mir.

3.2 Ich mag die Mitarbeiter.

3.3 Die Mitarbeiter haben Zeit für mich.

3.4 Die Mitarbeiter sind freundlich.

### 4. Mitbewohner und Mitbewohnerinnen

ja eher ja nein  




4.1 Ich mag meine Mitbewohner und Mitbewohnerinnen.

4.2 Die Mitbewohner und Mitbewohnerinnen sind freundlich.

### 5. Selbstständigkeit und Selbstbestimmung

ja eher ja nein  




5.1 Ich bin mit meinem Tagesablauf zufrieden.

5.2 Bei Sachen, die mich angehen, kann ich mitentscheiden.

5.3 Ich darf selbst entscheiden, was ich von meinem Geld kaufe.

5.4 Ich kenne den Bewohnerbeirat.

5.5 Ich bin in den letzten Jahren selbständiger geworden.

## 6. Freizeit und Begegnung

ja eher ja nein  




- 6.1 Es werden Aktivitäten außerhalb der Einrichtung angeboten. (Kino, Ausflüge, Konzerte, Sport, Feste, usw.).
- 6.2 Ich werde darin unterstützt, meine Freizeit selbst zu gestalten.
- 6.3 Wenn ich will, kann ich innerhalb der Einrichtung unternehmen (Spieleabende, Malen, Basteln, usw.).

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

## 7. Spezielle Angebote

ja eher ja nein  




- 7.1 Wenn ich am kirchlichen Leben teilnehmen möchte, werde ich unterstützt.
- 7.2 Ich bin mit meiner medizinischen Versorgung zufrieden (Arzt, Medikamente, ...).
- 7.3 Ich bin mit meinem tagesstrukturierenden Angebot/ Beschäftigungsangebot zufrieden.

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

## 8. Anregungen und Beschwerden

ja eher ja nein  




- 8.1 Wenn mich etwas stört, kann ich mich beschweren.
- 8.2 Meine Beschwerden werden ernst genommen.
- 8.3 Ich bekomme auf meine Beschwerden eine Antwort.

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

## 9. Weitere Fragen

ja

nein

- |     |                                                                     |                          |                          |
|-----|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.1 | Es gibt Mitarbeiter, vor denen ich Angst habe.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.2 | Mitarbeiter sind grob zu mir.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3 | Ich wurde in den letzten 2 Jahren von Mitarbeiter geschlagen.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.4 | Es gibt Mitbewohner und Mitbewohnerinnen, vor denen ich Angst habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.5 | Es gibt Mitbewohner und Mitbewohnerinnen, die mich schlagen.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 10. Angaben zu Ihrer Person

- 10.1 Alter:
- bis 20 Jahre
  - 21 bis 30 Jahre
  - 31 bis 40 Jahre
  - 41 bis 50 Jahre
  - 51 bis 60 Jahre
  - 61 bis 70 Jahre
  - über 70 Jahre

- 10.2 Geschlecht:
- weiblich
  - männlich

- 10.3 Ich wohne in einem Einzelzimmer.
- ja
  - nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**