

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Klienten

1.1 Wird Ihre Privatsphäre von den Mitarbeiter/innen des SPZ respektiert? Ja Nein

1.2 Werden Sie oder andere Klient/innen von Mitarbeiter/innen des SPZ bevorzugt oder benachteiligt? Ja Nein

1.3 Falls es Bevorzugungen oder Benachteiligungen gibt, wie geschehen diese?

1.4 Gehen Mitarbeiter/innen des SPZ angemessen mit Ihnen um, wenn es um Körperkontakt oder Berührungen geht? Ja Nein

1.5 Haben Sie Angst davor, dass Mitarbeiter/innen des SPZ Ihre persönlichen Grenzen verletzen könnten oder übergriffig werden könnten? Ja Nein

1.6 Falls Sie Angst vor Grenzüberschreitungen haben, mit wem würden Sie darüber sprechen?

1.7 Haben Sie Angst davor, dass andere Klient/innen des SPZ Ihre persönlichen Grenzen verletzen könnten oder übergriffig werden könnten? Ja Nein

1.8 Falls Sie Angst vor Grenzüberschreitungen durch andere Klient/innen haben, mit wem würden Sie darüber sprechen?



1. Klienten [Fortsetzung]

- 1.9 Gibt es für Sie eine Möglichkeit, sich über Mitarbeiter/innen des SPZ offiziell zu beschweren? Ja Nein

- 1.10 Falls Sie eine Möglichkeit haben, sich über Mitarbeiter/innen beschweren zu können, wie sieht diese Möglichkeit aus?

