

Fragebogen zur Bedarfsabklärung des Angebots: Behandlung von Online-/Mediensucht

1. Inwieweit können Sie sich als Fachperson bzw. zuweisende Stelle vorstellen, dass das vorliegende Angebot „Behandlung von Online-/Mediensucht“ eine **effektive** (d. h. zielführende) **Behandlung** sein kann?

	kann sehr effektiv sein			kann gar nicht effektiv sein	
Angebot insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

2. Wie schätzen Sie die **Nachfrage** für das Angebot bei Ihrer Klientel ein?

	sehr grosse Nachfrage			gar keine Nachfrage	
Angebot insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

3. Haben Sie **Klient/innen bzw. Patient/innen**, auf die das Angebot aus Ihrer Sicht **zugeschnitten** sein könnte?

	Ja, sehr viele (mehr als 10)		(ca. 5)	Nein, gar keine (0)	
Angebot insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

4. Beurteilen Sie, wie gross der **Zusatznutzen** des Angebots für die Suchthilfe in der Schweiz ist:

	sehr grosser Zusatznutzen			gar kein Zusatznutzen	
Angebot insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: _____

5. Würden Sie das Angebot Ihren Klient/innen **empfehlen**?

	Ja, auf jeden Fall			Nein, auf gar keinen Fall	
Angebot insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wo sehen Sie mögliche Stärken und Schwächen des Angebots?
(Bitte wenn nötig auch Rückseite benutzen.)

7. Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an:

- Sozialdienst Hausarzt/-ärztin kontrollierte Suchtmittelabgabe
 Beratungsstelle Psychiater/in
 Behörde Anlaufstelle andere: _____

8. Möchten Sie gerne über die Ergebnisse der Umfrage informiert werden? Falls ja, hinterlassen Sie uns bitte folgende Kontaktdaten:

Name: _____

Institution: _____

Emailadresse: _____