

Pat.Chiffre:

Therap. Name, Vorname:

Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire (HAQ-F)

~~Geb. Dat.~~ _____ ~~Name.~~ _____ ~~Vorname.~~ _____ Termin: Therapieende

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten anhand der unten aufgeführter Aussagen ein.

Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.

- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1. Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten geholfen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient einige neue Einsichten gewonnen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient seit kurzem besser fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen Patienten verlässlich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetzte, daß der Patient seine Ziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang gezogen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
10. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient seine Probleme ähnlich wie ich sah und beurteilte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich glaube, dass mein Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit seinen Problemen auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>