



## TIL FORÆLDRE

Vi vil gerne høre din mening om din kontakt med

>>>AFSNITSNAVN<<<

Vi vil gerne bruge dine erfaringer til at forbedre kontakten med forældre og patienter i psykiatrien.

Vi håber derfor, du vil besvare dette spørgeskema og sende det retur i den vedlagte svarkuvert

**senest den 1. november 2026.** Benyt venligst kuglepen og ikke blyant/tusch.

Du kan også svare på [www.svarpaaweb.dk](http://www.svarpaaweb.dk). Din adgangskode er: >>>SURVEYXACTLOGIN<<<

Personalet i ambulatoriet							
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
1. Er personalet venligt og imødekommende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan du komme i kontakt med personalet i ambulatoriet, når du har behov for det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har personalet sat sig ind i dit barns sygdomsforløb ved samtaler om barnets sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Får du den opbakning fra personalet, som du har brug for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit barns behandling i ambulatoriet							
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
5. Får du alle de informationer, du har behov for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Taler personalet med dig om, hvordan dit barn kan leve sundt? (Fx mad, motion, søvn, rygning, alkohol, stoffer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Får du hjælp til at håndtere dit barns psykiske vanskeligheder og problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Følger personalet op på dit barns medicinske behandling? (Fx omkring virkning og bivirkninger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fejl under dit barns besøg i ambulatoriet							
		Ja	Nej				
9. Er der sket fejl i forbindelse med dit barns besøg i ambulatoriet? (Fx forkert behandling, medicin eller administrativ fejl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Beskriv venligst den eller de fejl, du har oplevet: (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)							
	Personalet kendte ikke fejlen	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
11. Tog personalet hånd om fejlen(e), efter den/de blev opdaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>>>IDNUMMER<<<



## Samlet indtryk (fortsat)

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
23. Er du alt i alt tilfreds med dit barns besøg i ambulatoriet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Skriv venligst her, hvis du synes, ambulatoriet kan gøre noget bedre eller gør noget særligt godt: (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)							

## Om dig og dit barn

25. Dit barns alder? (Fx 06 år eller 14 år)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		år		
26. Dit barns køn?		Dreng/ mand		Pige/ Kvinde			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
27. Hvor mange samtaler/kontakter har <b>dit barn</b> alt i alt haft med dette ambulatorium? (Fx samtaler, undersøgelser, observationer, netværksmøder m.v.)		1-2	3-4	5-9	10 eller flere		Ved ikke
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28. Hvor mange samtaler/kontakter har <b>du</b> alt i alt haft med dette ambulatorium? (Fx samtaler i ambulatoriet, hjemmebesøg, netværksmøder m.v.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Er dit barns kontakt med ambulatoriet afsluttet?		Ja		Nej			Ved ikke
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
30. Føler du dig tynget af dit barns vanskeligheder og problemer?	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. På hvilke områder føler du dig tynget af dit barns vanskeligheder og problemer? (Undlad oplysninger, som kan ledes tilbage til dig eller dit barn, hvis du ikke ønsker dem videregivet)							

**Mange tak for dine svar**

Vi glæder os til at læse dem

>>>IDNUMMER<<<