



QUALITÄTSERFASSUNGSBOGEN ZUM VEREIN UND DER TAGESPFLEGEPERSON

Name des Tageskindes: _____

Name der Tagespflegeperson: _____

Name & Wohnort der
abgebenden Familie: _____

Geburtsdatum des Kindes:			
Beginn der Betreuung:			
Dauer der Betreuung:			
Umfang der Betreuung:	Tage in der Woche		Std. am Tag

Wie haben Sie ihre Tagespflegeperson gefunden? (bitte ankreuzen)

- Vermittlung durch den TMV Biberach
- Weiterempfehlung durch Familie, Freunde oder Bekannte
- Informationen durch Presse, soziale Medien etc.

Persönliche Beratung durch den TMV Biberach vor dem Betreuungsbeginn

- Ich bin umfassend beraten worden
- Ich bin über die wesentlichen Belange beraten worden
- Ich habe mich nicht ausreichend beraten gefühlt

Informationen über die Homepage

- Die Informationen sind übersichtlich und umfassend
- Ich habe nach längerer Suche alle Informationen finden können
- Ich habe die für mich relevanten Informationen nicht finden können

Persönliche Beratung durch den TMV Biberach während der Betreuung

- Ich habe schnell adäquate Hilfe und Unterstützung erhalten
- Ich habe Hilfe und Unterstützung erhalten
- Ich habe mich nicht ausreichend beraten gefühlt

Die Beziehung Kind – Tagespflegeperson:

Was denken Sie wie ging es Ihrem Kind überwiegend in der Betreuung auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)

Bitte entsprechenden Zahl eintragen _____

Anmerkungen:



Beziehung Eltern – Tagespflegeperson:

Wie vertrauensvoll erlebten Sie die Zusammenarbeit mit Ihrer Tagespflegeperson auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)

Bitte entsprechenden Zahl eintragen _____

Anmerkungen:

Meine Erwartungen an die Betreuung sind erfüllt worden:

- Zu meiner vollen Zufriedenheit
- Im Großen & Ganzen zufriedenstellend
- Sind nicht zufriedenstellend erfüllt

Würden Sie Ihre Tagesmutter bzw. Ihren Tagesvater weiterempfehlen?

- Ja
- Nein

Persönliche Anmerkungen:

Datenschutz:

Hiermit erlaube ich dem TMV die Tagespflegeperson über die Rückmeldung in Kenntnis zu setzen:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Anonymisiert | Offen |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein |

Ort | Datum

Unterschrift