

Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Name: _____	Alter: _____
Nr.: _____	Geschlecht: M / W / D
Sitzung Nr.: _____	Datum: _____

Bitte bewerten Sie die heutige Sitzung, indem Sie auf der Linie ankreuzen, inwieweit eine der Beschreibungen zutrifft.

Therapeutische Beziehung:

Ich fühlte mich *nicht* gehört, verstanden und respektiert.

I-----I

Ich fühlte mich gehört, verstanden und respektiert.

Ziele und Themen:

Wir haben *nicht* daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

I-----I

Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

Herangehensweise oder Methode:

Die Herangehensweise des Therapeuten passt *nicht* gut für mich.

I-----I

Die Herangehensweise des Therapeuten passt gut für mich.

Insgesamt:

In der heutigen Sitzung hat etwas gefehlt.

I-----I

Insgesamt gesehen war die heutige Sitzung für mich angemessen.

Center for Clinical Excellence

centerforclincialexcellence.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg