**ANKIETA**

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Ankieta ma na celu zapoznanie się z Państwa opinią na temat prowadzonego programu zdrowotnego. Wszelkie wnioski, uwagi i spostrzeżenia zostaną przeanalizowane i posłużą do dalszego doskonalenia usług świadczonych przez ………………………………………………………..

Zapewniamy całkowitą poufność i anonimowość badania – odpowiedzi będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach bez możliwości identyfikacji konkretnego respondenta.

*Odpowiedzi proszę wskazać poprzez zaznaczenie znakiem „X” odpowiedniego pola*

Płeć:

Kobieta: Mężczyzna :

Wiek:

19 – 29 lat:

30 – 39 lat:

40 – 59 lat:

60 i więcej lat:

Typ schorzenia: …………………………………………………………………………………

**Pytanie nr 1**

W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o realizacji programu zdrowotnego?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Pytanie nr 2**

Dlaczego zgłosił/a się Pan/i do programu zdrowotnego?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Pytanie nr 3**

Jak ocenia Pan/i stan swojego zdrowia w momencie przystąpienia do programu? *(proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie przy czym 1 jest wartością najniższą, a 6 najwyższą)*

1: 2: 3:

4: 5: 6:

**Pytanie nr 4**

Jak często podejmuje Pan/i aktywność fizyczną w ciągu tygodnia? *(proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie)*

Nie jestem aktywny/a fizycznie: 1 – 2 dni:

3 – 4 dni: 5 i więcej:

**Pytanie nr 5**

Czy jest Pan/i zadowolony/a z jakości świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w czasie realizacji programu?

Tak: Nie: Nie wiem:

**Pytanie nr 6**

Czy jest Pan/i zadowolony/a z organizacji udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w ramach programu?

Tak: Nie: Nie wiem:

**Pytanie nr 7**

Czy świadczenia rehabilitacyjne odbywały się zgodnie z harmonogramem (wyznaczona data, wyznaczona godzina)?

Tak: Nie: Nie wiem:

**Pytanie nr 8**

Czy podczas spotkania z lekarzem w jasny i precyzyjny sposób została przekazana informacja o schorzeniu i planie leczenia?

Tak: Nie:

**Pytanie nr 9**

Czy zaobserwował/a Pan/i poprawę stanu zdrowia po zakończeniu rehabilitacji ramach realizowanego programu?

Tak: Nie: Nie wiem:

**Pytanie nr 10**

Czy uważa Pan/i, że obecny stan zdrowia pozwala na podjęcie lub kontynuowanie pracy zawodowej?

Tak: Nie: Nie wiem:

**Pytanie nr 11**

Czy zwiększyła się Pana/i wiedza dotycząca przyczyn występowania schorzeń narządu ruchu?

Tak: Nie: Nie wiem:

**Pytanie nr 12**

Czy podejmowana przez Pana/ią aktywność fizyczna po zakończeniu udziału w programie zdrowotnym:

zmalała: pozostała bez zmian: wzrosła:

**Pytanie nr 13**

Czy poleciłby/poleciła Pan/i udział w programie zdrowotnym innym osobom?

Tak: Nie: Nie wiem:

DATA:……………………………..

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY