

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Anonimowa ankieta satysfakcji

Projekt: „Pełnia ruchu, pełnia życia – kompleksowa rehabilitacja dla Ciebie”

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Realizator: Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.

1. Cel ankiety

Ankieta służy ocenie Państwa satysfakcji z udziału w projekcie oraz jakości świadczonego wsparcia.

Jej wypełnienie jest obowiązkowym elementem zakończenia udziału w projekcie. Wyniki są anonimowe i będą wykorzystywane wyłącznie w celach statystycznych oraz dla poprawy jakości przyszłych działań.

2. Instrukcja

Prosimy o zaznaczenie wybranej odpowiedzi poprzez postawienie znaku [X] w odpowiednim polu lub udzielenie pisemnej odpowiedzi w miejscu do tego przeznaczonym.

3. Część I: Ocena ogólna udziału w projekcie

1. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swój udział w projekcie?

- 5 – Bardzo dobry 4 – Dobry 3 – Przeciętny
 2 – Słaby 1 – Bardzo słaby

2. Czy polecił(a)by Pan/Pani udział w tym projekcie innym osobom?

- Zdecydowanie tak Raczej tak
 Nie wiem / trudno powiedzieć Raczej nie
 Zdecydowanie nie

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

3. Czy udział w projekcie spełnił Pana/Pani oczekiwania?

- W pełni
 W większości
 Częściowo
 W niewielkim stopniu
 Wcale

4. Część II: Ocena poszczególnych form wsparcia

1. Prosimy o ocenę jakości i organizacji poszczególnych elementów wsparcia

(1–5, gdzie 5 = bardzo dobry, 1 = bardzo zły).

Tabela 1. Ocena poszczególnych form wsparcia.

Element wsparcia	5	4	3	2	1
Kwalifikacja do projektu (badanie lekarskie i fizjoterapeutyczne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Świadczenia rehabilitacyjne (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Program edukacyjny (spotkania grupowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie i dostępność dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan/Pani kompetencje i podejście personelu?

Tabela 2. Ocena kompetencji personelu.

Personel	5	4	3	2	1
Lekarz ortopeda / traumatolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizjoterapeuci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personel administracyjny / biura projektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

5. Część III: Wsparcie towarzyszące i organizacja

1. Czy korzystał(a) Pan/Pani ze zwrotu kosztów dojazdu?

- Tak Nie → (przejdź do pyt. 3)

2. Jeśli tak, jak ocenia Pan/Pani proces uzyskania zwrotu kosztów dojazdu?

- 5 – Bardzo prosty 4 – Prosty 3 – Przeciętny
 2 – Skomplikowany 1 – Bardzo skomplikowany

3. Czy korzystał(a) Pan/Pani z opieki nad osobą zależną / dzieckiem?

- Tak Nie → (przejdź do pyt. 5)

4. Jeśli tak, jak ocenia Pan/Pani organizację i jakość tej opieki?

- 5 – Bardzo dobra 4 – Dobra 3 – Przeciętna
 2 – Słaba 1 – Bardzo słaba

5. Jak ocenia Pan/Pani ogólną organizację projektu (komunikacja, harmonogram, punktualność)?

- 5 – Bardzo dobra 4 – Dobra 3 – Przeciętna
 2 – Słaba 1 – Bardzo słaba

6. Część IV: Równość szans i dostępność

1. Czy podczas udziału w projekcie czuł(a) się Pan/Pani traktowany(a) z szacunkiem i fair?

- Zdecydowanie tak Raczej tak Trudno powiedzieć
 Raczej nie Zdecydowanie nie

2. Czy zajęcia były dostosowane do Pana/Pani indywidualnych potrzeb i możliwości?

- Tak, w pełni Tak, w dostatecznym stopniu
 Częściowo Raczej nie Zdecydowanie nie

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

3. Jak ocenia Pan/Pani dostępność miejsca realizacji projektu (np. brak barier, oznakowanie)?

- 5 – Bardzo dobra 4 – Dobra 3 – Przeciętna
 2 – Słaba 1 – Bardzo słaba

4. Czy materiały informacyjne i edukacyjne były zrozumiałe i czytelne?

- Zdecydowanie tak Raczej tak Trudno powiedzieć
 Raczej nie Zdecydowanie nie

5. Czy godziny realizacji wsparcia były dla Pana/Pani dogodne?

- Tak, bardzo Tak, w zupełności Do zaakceptowania
 Raczej nie Zdecydowanie nie

7. Część V: Efekty wsparcia

1. Czy odczuwa Pan/Pani poprawę w zakresie poniższych aspektów?

Tabela nr 3. Ocena efektów wsparcia.

Aspekt	Tak, zdecydowanie	Raczej tak	Brak zmian	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Sprawność fizyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zmniejszenie dolegliwości bólowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poziom aktywności fizycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Aspekt	Tak, zdecydowanie	Raczej tak	Brak zmian	Raczej nie	Zdecydowanie nie
d) Wiedza o profilaktyce chorób narządu ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zdolność do wykonywania pracy zawodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Część VI: Uwagi i sugestie

1. Co było największą zaletą projektu?

.....

2. Co można poprawić w przyszłości?

.....

3. Inne uwagi:

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Państwa opinia pomoże nam udoskonalić przyszłe działania.