

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)	☐	☐	☐	☐	☐
Świadczenia rehabilitacyjne (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż)	☐	☐	☐	☐	☐
Program edukacyjny (spotkania grupowe)	☐	☐	☐	☐	☐
Prowadzenie i dostępność dokumentacji medycznej	☐	☐	☐	☐	☐

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

Tabela 2. Ocena kompetencji personelu.

Personel	5	4	3	2	1
Lekarz ortopeda / traumatolog	☐	☐	☐	☐	☐
Fizjoterapeuci	☐	☐	☐	☐	☐
Personel administracyjny / biura projektu	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐
Zmniejszenie dolegliwości bólowych	☐	☐	☐	☐	☐
Poziom aktywności fizycznej	☐	☐	☐	☐	☐
d) Wiedza o profilaktyce	☐	☐	☐	☐	☐

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

Aspekt	Tak, zdecydowanie	Raczej tak	Brak zmian	Raczej nie	Zdecydowanie nie
chorób narządu ruchu					
e) Zdolność do wykonywania pracy zawodowej	☐	☐	☐	☐	☐

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.