



Załącznik nr 7 do Regulaminu Świadczenia Opieki Całodobowej

**ANKIETA DOTYCZĄCA SATYSFAKCJI OSOBY
KORZYSTAJĄCEJ Z OPIEKI CAŁODOBOWEJ ORAZ JEJ RODZINY
w Ośrodku Rehabilitacyjno – Opiekuńczym "DAR SERCA" w Czerninie, ul. Zielna 2**

Data wprowadzenia: 01.10.2013 r. Data aktualizacji: 25.08.2021 r., 01.08.2022 r.

Przy wypełnianiu ankiety przez osobę korzystającą z opieki może uczestniczyć i pomagać jej bliska osoba. Ankieta jest anonimowa i ma na celu podnoszenie jakości naszych usług i satysfakcji Podopiecznego i jego Rodziny. Wypełnioną ankietę prosimy wrzucić do skrzynki znajdującej się w obiekcie.

Data wypełnienia:

1. Jak Pan/Pani ocenia **warunki mieszkalne** w Ośrodku?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

2. Jak Pan/Pani ocenia **wyżywienie** w Ośrodku?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

3. Jak Pan/Pani ocenia **czystość** w Ośrodku?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

4. Jak ocenia Pan/Pani postawę **personelu** w zakresie komunikatywności i życzliwości?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

5. Jak ocenia Pan/Pani pracę **personelu** w zakresie fachowości i sprawności organizacyjnej?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

6. Proszę zaznaczyć, czy korzysta Pan/Pani z opieki poniżej wymienionych specjalistów?

a) **Lekarz:** tak / nie

b) **Fizjoterapeuta/rehabilitant:** tak / nie

c) **Terapeuta zajęciowy:** tak / nie

d) **Logopeda:** tak / nie

e) **Psycholog:** tak / nie

Jeśli korzysta Pan/Pani z opieki któregoś z powyższych specjalistów, proszę o odpowiedź na poniższe pytanie. W przeciwnym przypadku proszę je pominąć.

7. Jak ocenia Pan/Pani pracę poniższych specjalistów:

a) **Lekarz:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

b) **Fizjoterapeuta/rehabilitant:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

c) **Terapeuta zajęciowy:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

d) **Logopeda:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

e) **Psycholog:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

Załącznik nr 7 do Regulaminu Świadczenia Opieki Całodobowej

8. Które z poniższych zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych Pan/Pani lubi?

- 1) Zajęcia w sali rehabilitacyjnej TAK / NIE
- 2) Robótki ręczne TAK / NIE
- 3) Zajęcia ruchowe w ogrodzie TAK / NIE
- 4) Przebywanie/ bierny relaks na świeżym powietrzu TAK/NIE
- 5) Muzykoterapia:
 - a) śpiew TAK / NIE
 - b) słuchanie muzyki TAK / NIE
- 6) Zajęcia kulinarne TAK / NIE
- 7) Rysunek/malarstwo TAK / NIE
- 8) Gry stolikowe TAK / NIE
- 9) Gimnastka poranna TAK / NIE
- 10) Inne, proszę wymienić jakie:

.....

.....

9. Jak ocenia Pan/Pani kontakt z **personalem administracyjnym i księgowością**?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

10. Jak ocenia Pan/Pani kontakt z **kierownictwem** Stowarzyszenia?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

11. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Informację dotyczącą działalności Stowarzyszenia można uzyskać na naszej stronie internetowej www.darsztum.pl oraz na Facebooku www.facebook.com/StowarzyszeniePomocyOsobomPrzewlekleChorymDarSerca