**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..

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

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

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

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

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

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

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

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

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

1. Proszę zaznaczyć, czy korzysta Pan/Pani z opieki poniżej wymienionych specjalistów?
2. **Lekarz:**  tak / nie
3. **Fizjoterapeuta/rehabilitant:** tak / nie
4. **Terapeuta zajęciowy:** tak / nie
5. **Logopeda:** tak / nie

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

1. Jak ocenia Pan/Pani pracę poniższych specjalistów:
2. **Lekarz:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle
3. **Fizjoterapeuta/rehabilitant:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle
4. **Terapeuta zajęciowy:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle
5. **Logopeda:** bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle
6. Które z poniższych zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych Pan/Pani lubi?
7. Zajęcia w sali rehabilitacyjnej TAK / NIE
8. Robótki ręczne TAK / NIE
9. Zajęcia ruchowe w ogrodzie TAK / NIE
10. Przebywanie/ bierny relaks na świeżym powietrzu TAK/NIE
11. Muzykoterapia:
12. śpiew TAK / NIE
13. słuchanie muzyki TAK / NIE
14. Zajęcia kulinarne TAK / NIE
15. Rysunek/malarstwo TAK / NIE
16. Gry stolikowe TAK / NIE
17. Gimnastka poranna TAK / NIE
18. Inne, proszę wymienić jakie: ……………………………………………………………………………………………........……...…………………………………………………………………………………………………………
19. Jak ocenia Pan/Pani kontakt z **personelem administracyjnym i księgowością**?

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

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

bardzo dobrze / dobrze / przeciętnie / źle

1. Inne uwagi

……………………………………………………………….…………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Informację dotyczącą działalności Stowarzyszenia można uzyskać na naszej stronie internetowej [www.darsztum.pl](http://www.darsztum.pl) oraz na Facebook [www.facebook.com/StowarzyszeniePomocyOsobomPrzewlekleChorymDarSerca](http://www.facebook.com/StowarzyszeniePomocyOsobomPrzewlekleChorymDarSerca)