

Załącznik nr 16

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Ankieta satysfakcji uczestnika programu i oceny jakości świadczeń

Ankieta stanowi narzędzie oceny satysfakcji i oceny jakości świadczeń udzielanych w ramach programu *Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej*.

Wszelkie Państwa uwagi będą dla nas niezwykle cenne.

Ankieta jest całkowicie anonimowa. Prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi.

1. Proszę podać płeć:

- a) kobieta
- b) mężczyzna

2. Proszę podać rok urodzenia:

3. Proszę podać, w jaki sposób dowiedział się Pan/Pani o programie:

.....

4. Proszę podać swoją sytuację zawodową:

- a) Zamierzam podjąć pierwszą pracę
- b) Zamierzam podjąć kolejną pracę po przerwie krótszej niż 1 rok
- c) Zamierzam podjąć kolejną pracę po przerwie dłuższej niż 1 rok
- d) Jestem zagrożony/a utratą pracy z przyczyn zdrowotnych
- e) Inne

.....

5. Proszę określić swój stan zdrowia

- a) Choroba kręgosłupa
- b) Choroba barku
- c) Choroba stawów biodrowych
- d) Choroba stawów kolanowych
- e) Inne

.....

6. Czy jest Pani/Pan zadowolony/a z prelekcji i instruktażu w zakresie zachowań prozdrowotnych?

- a) TAK
- b) NIE

7. Czy dzięki programowi dowiedzieliście się Państwo o konieczności rozpoczęcia leczenia?

- a) TAK
- b) NIE

8. Czy dzięki programowi uzyskaliście Państwo wiedzę na temat planowania dalszej edukacji i kariery zawodowej z uwzględnieniem ewentualnych ograniczeń wynikających z dysfunkcji układu ruchu?

- a) TAK
- b) NIE

9. Czy jesteście Państwo zadowoleni z przebiegu rehabilitacji?

- a) TAK
- b) NIE

10. Czy dzięki programowi nastąpił u Państwa wzrost aktywności ruchowej?

- a) TAK
- b) NIE

11. Czy dzięki programowi wystąpiła u Pana/Pani zmiana stanu zdrowia?

- a) TAK, POPRAWA
- b) TAK, POGORSZENIE
- c) NIE, BRAK ZMIAN

12 A. Czy udział w projekcie przyczynił się do utrzymania zdolności do świadczenia pracy i kontynuacji zatrudnienia? *(dotyczy osób pracujących z chwilą przystąpienia do programu)*

- a) TAK – nadal pracuję i miał na to wpływ udział w programie
- b) NIE – nadal pracuję, ale udział w programie nie miał na to wpływu
- c) NIE – z przyczyn zdrowotnych już nie pracuję

12 B. Czy zamierza Pan/Pani podjąć aktywność zawodową? *(dotyczy osób niepracujących)*

- a) TAK
- b) NIE

Jeśli NIE, to proszę podać przyczynę

.....

13. Czy poleciłby/poleciłaby Pan/Pani udział w takim Programie innym osobom?

- a) TAK
- b) NIE

14. Czy widziałaby/widziałby Pani/Pan konieczność wprowadzenia zmian w sposobie realizowania programu?

- a) TAK
- b) NIE

Jeżeli TAK to jakich

.....

.....

15. W przypadku rezygnacji z programu prosimy o podanie przyczyn

.....

.....