

Załącznik do Regulaminu

Załącznik C

Ankieta dla pacjenta

Szanowni Państwo.

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

mężczyzna

1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

3. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

5. Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed zajęciami) jest:

zdecydowanie wyższa

raczej wyższa

- taka sama
raczej niższa
zdecydowanie niższa
6. **Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej?**
zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie
7. **Czy uważa Pani/Pan, że zdrowe odżywianie może zapobiegać niektórym czynnikom ryzyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej?**
zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie
8. **Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana motywacja do prowadzenia zdrowego stylu życia uwzględniającego m.in. zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną jest (w porównaniu do motywacji przed zajęciami):**
zdecydowanie wyższa
raczej wyższa
taka sama
raczej niższa
zdecydowanie niższa
9. **Czy po przeprowadzonej rehabilitacji Pani/Pana dolegliwości bólowe związane z chorobą układu mięśniowo-szkieletowego (w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:**
zdecydowanie większe
raczej większe
takie same
raczej mniejsze
zdecydowanie mniejsze

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu: