

**OPINIA NA TEMAT PROGRAMU**

**rehabilitacji leczniczej w projekcie nr RPLB.06.07.00-08-0007/19 pn. „Sprawni i aktywni zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.” skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy**

**Szanowni Państwo,**

Poniższa ankieta jest **anonimowa** i ma na celu poznanie Pani/Pana opinii na temat *Programu rehabilitacji leczniczej w projekcie nr RPLB.06.07.00-08-0007/19 pn. „Sprawni i aktywni zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.” skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy*, w którym brał(a) Pani/Pan udział. Udzielone przez Państwa odpowiedzi i uwagi dostarczą wskazówek służących do jeszcze lepszego przygotowania kolejnych przedsięwzięć dotyczących ochrony zdrowia, skierowanych do mieszkańców województwa lubuskiego i ułatwia wyeliminowanie elementów nieprawidłowych.

**Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X**

1. Płeć: Kobieta  Mężczyzna  2. Wiek: .....

3. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z przebiegu realizacji Programu?  
Tak, bardzo  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
tak nie zdania

Jeżeli nie, to proszę podać z jakiego powodu .....

4. Czy uważa Pani/Pan, że niniejszy Program polityki zdrowotnej (bezpłatne świadczenia rehabilitacji medycznej w zakresie schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowane do osób pracujących i powracających do pracy) odpowiada na potrzeby mieszkańców naszego województwa?  
Tak, bardzo  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
tak nie zdania

Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie: .....

5. Czy uważa Pani/Pan, że zakres udzielanych świadczeń był wystarczający?  
Tak, z  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
pewnością tak nie zdania



Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie: .....

.....

6. Czy uważa Pani/Pan, że jakość udzielanych świadczeń była wystarczająca?

Tak, z  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
pewnością tak nie mam zdania

Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie: .....

.....

7. Czy uważa Pani/Pan, że dodatkowe świadczenia (konsultacja psychologiczna, lekarza medycyny pracy, szkolenie tematyczne – jeśli Pani/Pan z nich korzystał) były przydatne?

Tak, bardzo  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
bardzo tak nie mam zdania

Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie: .....

.....

8. Czy wzięłaby/wziąłby Pani/Pan udział w kolejnym Programie polityki zdrowotnej?

Tak, z  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
z pewnością tak nie mam zdania

Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie: .....

.....

9. Czy poleciałaby/poleciłby Pani/Pan udział w podobnym Programie polityki zdrowotnej innym osobom?

Tak, z  W zasadzie  Raczej  Zdecydowanie nie  Nie mam   
z pewnością tak nie mam zdania

Proszę krótko uzasadnić swoje zdanie: .....

.....

10. Jak dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o Programie? .....

.....

Uwagi własne Uczestnika Programu .....

.....

.....

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**