



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,
tel. 22 831 00 76/77, mail biuro@ptsr.waw.pl

ANKIETA

dla uczestników projektu „Pomocna dłoń 2”

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Będziemy wdzięczni za wypełnienie poniższej ankiety. Uzyskane wyniki pozwolą nam określić stopień realizacji założonych celów realizowanego projektu.

Dziękujemy za poświęcony czas!

1. W której z form wsparcia brał/brała Pan/Pani udział? Prosimy o postawienie krzyżyka przy odpowiednim punkcie:

- Rehabilitacja domowa
- Rehabilitacja w ośrodku
- Zajęcia na basenie
- Choreoterapia
- Warsztaty funkcjonowania społecznego
- Lektorat jęz. angielskiego

Prosimy o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń oraz pytań według skali:

1 - zdecydowanie nie zgadzam się, 2 - nie zgadzam się, 3 - nie mam zdania,
4 - zgadzam się, 5 - zdecydowanie zgadzam się

2. Projekt, w którym Pan/Pani brał udział spełnił oczekiwania.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Uważam, że uczestnictwo w ww formach wsparcia/zajęciach było przydatne w moim przypadku





Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,
tel. 22 831 00 76/77, mail biuro@ptsr.waw.pl

1 2 3 4 5

4. Udział w zajęciach zwiększył poziom mojej sprawności

1 2 3 4 5

5. Czy udział w formach/formie wsparcia spełnił Pana/Pani oczekiwania ?

.....

.....

.....

Metryczka

1. Płeć kobieta mężczyzna

2. Wiek

3. Wykształcenie

podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie wyższe inne

Jeśli inne, to jakie?

4. Stopień niepełnosprawności/posiadane orzeczenie

umiarkowany/całkowita niezdolność do pracy znaczny/całkowita niezdolność do pracy
i samodzielnej egzystencji

Inny (jaki?)

DZIĘKUJEMY

