

KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY JAKOŚCI ŻYCIA
DZIĘKI INTERWENCJI EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO (EFS)

1. Z JAKIEJ FORMY WSPARCIA PAN/PANI SKORZYSTAŁ/A?

- ☐ OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM
- ☐ PROFILAKTYKA DOT. CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH (CUKRZYCA, OTYŁOŚĆ, NADWAGA)
- ☐ WSPARCIE/OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI (W TYM NAD OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI)

Proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „x”.

2. JAK OBECNIE OCENIA PAN/PANI STAN SWOJEGO ZDROWIA (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – źle, 5 – bardzo dobrze)?

1	2	3	4	5

Proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „x”.

3. JAK OCENIA PAN/PANI STAN SWOJEGO ZDROWIA W PORÓWNANIU Z OKRESEM ZANIM ZOSTAŁ/A PAN/PANI OBJĘTY/A INTERWENCJĄ EFS/PROJEKTEM?

- ☐ LEPIEJ NIŻ WCZEŚNIEJ
- ☐ PODOBNIJE JAK WCZEŚNIEJ
- ☐ GORZEJ NIŻ WCZEŚNIEJ

Proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „x”.

4. JAK OCENIA PAN/PANI JAKOŚĆ SWOJEGO ŻYCIA (ROZUMIANA JAKO MOŻLIWOŚĆ SKORZYSTANIA Z USŁUG ZDROWOTNYCH) - w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – źle, 5 – bardzo dobrze?

1	2	3	4	5

Proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „x”.

5. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię:

Nazwisko:

Nr PESEL:

DZIEKUJĘ ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA