

Koło satysfakcji życiowej opiekuna

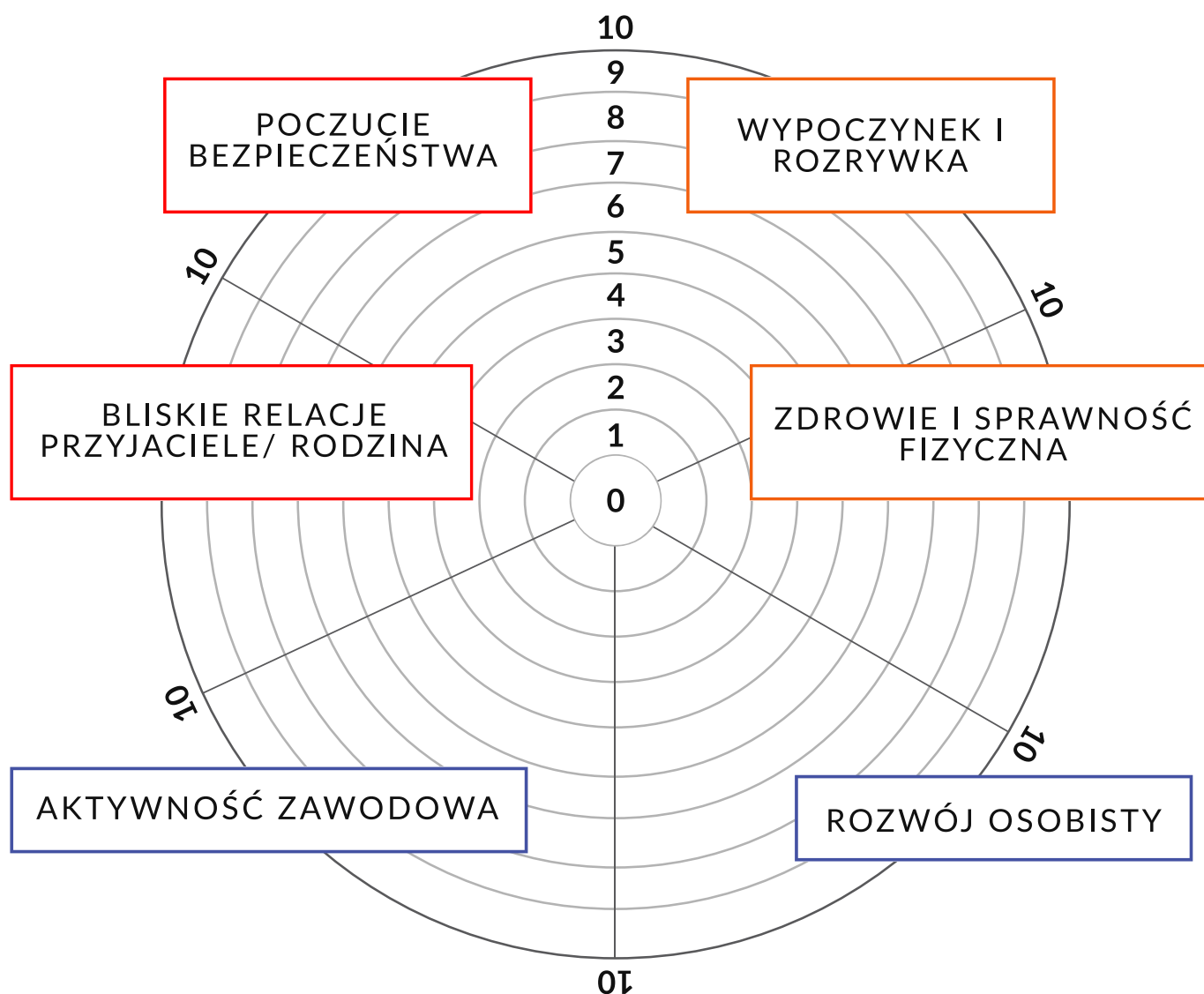
Dane opiekuna/ów

płeć opiekuna

stopień i rodzaj niepełnosprawności osoby zależnej

średni miesięczny czas trwania usług przerwy regeneracyjnej

W jakim stopniu w skali od 0 do 10, usługi przerwy regeneracyjnej miały/mają wpływ na poniższe obszary Pana/i życia? (proszę zaznaczyć odpowiedź na poniższym kole)



Załącznik 2

1. Które z poniższych form aktywności, mógł Pan/i zrealizować dzięki usłudze
Proszę podkreślić właściwe odpowiedzi:

- aktywność fizyczna
- hobby,
- odwiedziny znajomych,
- działalność społeczna
- kino, teatr,
- czynności domowe,
- inne, jakie

2. W skali od 1 do 10, na ile zrealizowane usługi spełniły Pana/Pani oczekiwania
(odpowiadały Pani/Pana wyobrażeniom?)

Proszę podkreślić właściwą liczbę, gdzie 0 oznacza, że usługi w ogóle nie spełniły oczekiwań, a 10 że w pełni spełniły oczekiwania?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę uzupełnić jednym zdaniem swoją odpowiedź:

.....
.....

3. Czy jest coś, co zmieniłby Pan/Pani w przebiegu/formie realizowanych usług? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

- czas trwania usługi
- asystent
- forma przerwy regeneracyjnej

Proszę uzupełnić jednym zdaniem dlaczego chciałby/aby Pan/i zmienić powyższy zakres usługi?

.....
.....

.....
Data rozmowy

.....
Podpis dyspozytora