



فورمه فیدبک

فیدبک شما برای ارتقای خدمات ما حائز اهمیت است. تمام معلوماتی که شما ارائه می‌دهید بصورت محرمانه استفاده می‌شوند و به بهبود خدمات ما کمک می‌کنند. از صداقت شما در ارائه جوابات، از شما تشکر می‌کنیم.

| | |
|---|--|
| نام (اختیاری): | |
| <input type="checkbox"/> داکتر/نرس <input type="checkbox"/> مشاوره/ حمایت صحت روانی <input type="checkbox"/> فرهنگ در ذهن (Culture in Mind) <input type="checkbox"/> PM + <input type="checkbox"/> مشاغل صحتی وابسته: فزیوتراپی، رژیم غذایی <input type="checkbox"/> طب سوزنی / ماساژ / هومئوپتی <input type="checkbox"/> پروگرام‌های گروهی | خدمات دریافت شده |
| نام کارمندانی که به شما کمک کرده‌اند | |
| <input type="checkbox"/> کلینیک استونز کرنر <input type="checkbox"/> محلی دیگر: (آدرس) _____ | آیا شما را در کلینیک استونز کرنر (Stones Corner) ملاقات کرده‌ایم یا در محلی دیگر |

(لطفا در جای مناسب تیک‌مارک کنید)

| زیاد | تقریبا | کمی | به هیچ وجه | لطفا پرگراف‌های ذیل را ارزیابی نمایید |
|------|--------|-----|------------|---|
| | | | | 1. آیا در مورد تشویش‌های مربوط به صحت خود، به شما کمک کرده‌ایم؟ |
| | | | | 2. از زمان دریافت خدمات، صحت عمومی من بهبود پیدا کرده است |
| | | | | 3. از زمان دریافت خدمات، نسبت به آینده امیدوارتر شده‌ام |
| | | | | 4. با احترام با من رفتار شد و توانستم در مورد صحت خود تصمیم بگیرم |
| | | | | 5. از زمان دریافت خدمات، به مهارت‌ها و استراتژی‌های بیشتری برای کمک به مراقبت از صحت و تندرستی خود رسیده‌ام |

6. کدام نوع خدمات فرهنگی/لسانی دریافت کرده‌اید؟ (لطفا در جای مناسب تیک‌مارک کنید)

| | | | | |
|--|---|--|---|------------------------------|
| من به کمک فرهنگی/لسانی ضرورت نداشته‌ام <input type="checkbox"/> | کارمندان WWG به لسان من صحبت کرده‌اند <input type="checkbox"/> | ترجمان شفاهی <input type="checkbox"/> | حامیان همتای چند فرهنگی <input type="checkbox"/> | دیگر کمک‌ها لطفا توضیح دهید: |
|--|---|--|---|------------------------------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------|
| 7. آیا این خدمات را به دوستان و اعضای فامیل خود پیشنهاد می‌کنید؟ | خیر <input type="checkbox"/> | مطمئن نیستم <input type="checkbox"/> | بلی <input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------|

| | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|--|
| 8. بطور عموم، سطح رضایت خود را نسبت به خدمات دریافتی چه قسم ارزیابی می‌کنید | راضی نیستم <input type="checkbox"/> | نسبتاً راضی هستم <input type="checkbox"/> | تقریباً <input type="checkbox"/> | کاملاً راضی هستم <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|-------------------------------------|--|

9. دیگر نظرات (اختیاری)

| |
|--|
| |
|--|

تاریخ:

امضاء: