

意见反馈表

为了帮助我们改善服务，您的反馈至关重要。您所提供的所有信息将被严格保密并用于改善我们的服务。请如实回答以下问题，我们将不胜感激。

姓名 (可选填) :	
您所接受的服务	<input type="checkbox"/> 医生/护士 <input type="checkbox"/> 精神健康支持/咨询 <input type="checkbox"/> Culture in Mind <input type="checkbox"/> PM + <input type="checkbox"/> 综合医疗保健：理疗、营养学服务 <input type="checkbox"/> 针灸/按摩/顺势疗法 <input type="checkbox"/> 团体项目
提供帮助的工作人员姓名	
我们是否在 Stones Corner clinic (石头角诊所) 或其他地方与您有过接触	<input type="checkbox"/> Stones Corner clinic (石头角诊所) <input type="checkbox"/> 其他地方：(地址) _____

(请在适当处填写✓)

请评估以下陈述	完全没有	稍微	适中	非常
1. 我们是否帮助您解决了健康问题？				
2. 自从接受诊所的服务以来，我的整体健康状况有所改善				
3. 自从接受诊所的服务以来，我对未来更有希望了				
4. 我感觉自己受到了尊重而且能够独立做出健康方面的决策				
5. 自从接受诊所的服务以来，我掌握了更多有助于改善健康和福祉的技能和策略				

6.您获得了哪些类型的语言/文化支持？（请在适当处✓填写）

我不需要语言/文化支持 <input type="checkbox"/>	WWG 工作人员 会说本人的语言 <input type="checkbox"/>	口译员 <input type="checkbox"/>	多元文化同胞支持工作人员 <input type="checkbox"/>	其他支持，请说明：
---	---	---------------------------------	--	-----------

7.您会向朋友或家人推荐本诊所的服务吗？

否

不确定

是

8.总体而言，您对自己所接受服务的满足程度有多高

完全不满意

一般
满意

相当满意

非常满意

9.其他评论（可选填）

--

日期：

签名：