



Mẫu phản hồi

Phản hồi của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi để cải thiện chất lượng dịch vụ. Tất cả thông tin quý vị cung cấp sẽ được xử lý bảo mật và sẽ giúp cải thiện chất lượng dịch vụ của chúng tôi. Chúng tôi đánh giá cao tính trung thực trong câu trả lời của quý vị.

Tên (Không bắt buộc):	
Dịch vụ nhận được	<input type="checkbox"/> Bác sĩ / y tá <input type="checkbox"/> Hỗ trợ/tư vấn sức khỏe tinh thần <input type="checkbox"/> Văn hóa trong Tâm tưởng <input type="checkbox"/> PM + <input type="checkbox"/> Sức khỏe đồng minh: vật lý trị liệu, chế độ ăn uống <input type="checkbox"/> Châm cứu/massage/vi lượng đồng căn <input type="checkbox"/> Chương trình Nhóm
Tên của nhân viên đã trợ giúp quý vị	
Chúng tôi đã gặp quý vị ở phòng khám Stones Corner hay ở nơi nào khác không?	Phòng khám <input type="checkbox"/> Stones Corner <input type="checkbox"/> Một nơi nào đó khác: (địa chỉ) _____

(Vui lòng điền nếu phù hợp)

Vui lòng đánh giá các tuyên bố sau	Hoàn toàn không	Một chút	Vừa phải	Rất nhiều
1. Chúng tôi đã trợ giúp quý vị về những điều lo ngại về sức khỏe của quý vị?				
2. Kể từ khi nhận được dịch vụ, sức khỏe tổng thể của tôi đã được cải thiện				
3. Kể từ khi nhận được dịch vụ, tôi cảm thấy hy vọng nhiều hơn về tương lai				
4. Tôi cảm thấy được tôn trọng và có thể đưa ra quyết định về sức khỏe của mình				
5. Kể từ khi nhận được dịch vụ, tôi có nhiều kỹ năng và chiến lược hơn để hỗ trợ chăm sóc an sinh và sức khỏe của mình				

6. Quý vị đã nhận được loại hỗ trợ ngôn ngữ/văn hóa nào? (Vui lòng điền ✓ nếu phù hợp)				
Tôi không cần hỗ trợ về ngôn ngữ/văn hóa <input type="checkbox"/>	Nhân viên WWG nói ngôn ngữ của tôi <input type="checkbox"/>	Thông dịch viên <input type="checkbox"/>	Nhân viên Hỗ trợ Bằng hữu Đa văn hóa <input type="checkbox"/>	Hỗ trợ khác Vui lòng giải thích:

7. Quý vị có muốn giới thiệu dịch vụ này cho bạn bè hoặc thành viên gia đình của mình hay không?	KHÔNG <input type="checkbox"/>	KHÔNG CHẮC LẮM <input type="checkbox"/>	CÓ <input type="checkbox"/>
---	--	---	---------------------------------------

8. Nhìn chung, mức độ hài lòng với dịch vụ mà quý vị nhận được	Không hài lòng <input type="checkbox"/>	Hài lòng một chút <input type="checkbox"/>	Hài lòng vừa phải <input type="checkbox"/>	Rất hài lòng <input type="checkbox"/>
---	---	--	--	---

9. Ý kiến khác (Không bắt buộc)

Ngày:

Chữ ký: