

Hea rehabilitatsiooniteenusel viibija. Palume vastata alljärgnevatele küsimustele rehabilitatsiooniteenuse kohta. Tagasiside on oluline, et saaksime koostöös Teiega muuta oma teenust veelgi paremaks.

Kuupäev.....

1. Palun tee märge sobivasse lahtrisse

- ☐ Laps (1)
☐ Täiskasvanu (2)

1.1

- ☐ Töölase rehabilitatsiooni klient (1)
☐ Sotsiaalse rehabilitatsiooni klient (2)

2. Teie vanus

3. Kuivõrd rahule jäite erinevate spetsialistide poolt osutatud teenustega? Kirjutage väitele sobiv vastus numbriga <i>Väga nõus (4)</i> <i>Osaliselt nõus (3)</i> <i>Pigem ei ole nõus (2)</i> <i>Üldse ei ole nõus (1)</i>	Sotsiaaltöötaja	Psühholoog	Füsioterapeut	Tegevusterapeut	Arst	Õde	Logopeed	Eripedagoog	Loovterapeut	Kogemusnõustaja
3.1 Spetsialisti poolne nõustamine oli asjatundlik ja professionaalne.										
3.2 Spetsialist oli inimesena meeldiv ja sõbralik.										
3.3 Teenuse osutamisel lähtus spetsialist kokkulepitud individuaalsetest eesmärkidest.										
3.4 Spetsialist tegi teenuse kestel kokkuvõtteid ja andis tagasisidet tegevuste ja tulemuste kohta.										
3.5 Jätkate kodus spetsialisti poolt soovitatud tegevustega.										
3.6 Kui Te ei olnud rahul teenusega või teenuse sisu ei vastanud Teie vajadustele, siis palun selgitage lühidalt.										

4. Kui soovite, võite märkida spetsialistide nimed, kelle teenusega jäite kõige enam rahule

.....

.....

AS Wasa rehabilitatsiooniteenuse tagasiside 2019/2020

5. Teenuse kättesaadavus ja koostöö Märkige väitele sobiv vastus ristikesega (X) lahtrisse	Väga nõus (4)	Osaliselt nõus (3)	Pigem ei ole nõus (2)	Üldse ei ole nõus (1)
5.1 Rehabilitatsiooniteenus oli kättesaadav (sobilik registreerimine, info, järjekord, teenuse aeg, teenuse kellaaeg)				
5.2 Rehabilitatsiooniteenus oli juurdepääsetav (sobiv asukoht, teenuse osutamise keskkond)				
5.3 Rehabilitatsiooniteenus vastas teenuse kirjeldusele, esialgsele infole mille saite Sotsiaalkindlustusametist või Töötukassast.				
5.4 Rehabilitatsiooniteenus on Teile oluline ja vajalik.				
5.5 Teenuse osutamisel arvestati Teile individuaalsete vajaduste ja võimalustega.				
5.6 Teenuse kestel julgustati Teid tegema valikuid reaalsete võimaluste piires.				
5.7 Koostöös spetsialistidega leiti muude teenuste vajadus või sobiv teenuseosutaja Teile elukeskkonnas.				
5.8 Tundsid end kaasatuna teenuse eesmärgi seadmisel, tegevuste planeerimisel ja hindamisel.				
5.9 Teenuse jooksul suhtuti Teisse lugupidavalt ja arvestati Teile õigustega (inimväärikus, omavastutus, privaatsus ja turvalisus, konfidentsiaalsus, isikuandmete kaitse, tagasiside andmise õigus, võrdsus ja koostöö).				
5.10 Te olete motiveeritud ja jõustatud iseseisvateks tegevusteks.				
5.11 Teile enesetunne on muutunud rehabilitatsiooniteenusel viibides paremaks.				
5.12 Kui Te ei olnud rahul teenusega, siis palun põhjendage.				

6. Palun nimetage põhjus, miks valisite rehabilitatsiooniteenuse saamise kohaks Taastusravi ja Hotell Wasa

.....

.....

7. Missugused positiivsed muutused toimusid tänu rehabilitatsiooniteenusel

.....

.....

8. Kommentaarid, arvamused, ettepanekud (tagasiside ja küsimused võib edastada teenuste juhile

rehabilitatsioon@wasa.ee või telefonil 4450 753)

.....

.....

Täidetud lehe palume viia vastuvõtuleti juures asuvasse postkasti.

Täname Teid.

Wasa rehabilitatsiooniteenuse meeskond