

ANKIETA KOŃCOWA

1. Czy dzięki wprowadzeniu Asystenta Osoby Starszej czuje się Pan/Pani bardziej bezpiecznie w swoim domu i środowisku?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) ani tak, ani nie
- d) raczej nie
- e) zdecydowanie nie

2. Czy dzięki obecności Asystenta Osoby Starszej czuje się Pani/Pan w mniejszym stopniu samotna/y?

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) ani tak, ani nie
- d) raczej nie
- e) zdecydowanie nie

3. Czy może Pani/Pan liczyć na wsparcie Asystenta Osoby Starszej, kiedy Pan/Pani tego potrzebuje?

- a) tak
- b) nie

4. Jeśli tak to w jakiej formie i jak często?

- a) w czynnościach dnia codziennego (np. organizacja gospodarstwa domowego, przygotowanie posiłku itp.) razy w tygodniu
- b) w czynnościach samoobsługowych razy w tygodniu
- c) pomoc w dotarciu i towarzyszeniu podczas wizyt lekarskich, załatwianiu spraw urzędowychrazy w tygodniu.....razy w miesiącu
- d) organizacji czasu wolnego razy w tygodniu
- e) dostarczaniu posiłków i zakupów razy w tygodniu

f) inna, jaka?.....
.....razy w tygodniu

5. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z pomocy w formie Asystenta Osoby Starszej?

a) tak

b) nie

Jeżeli nie, to dlaczego?

.....
.....

6. Czy chciałby Pan/Pani nadal otrzymywać wsparcie Asystenta Osoby Starszej?

a) tak

b) nie str.

7. Czy jest Pan/Pani w stanie poradzić sobie bez wsparcia Asystenta Osoby Starszej?

a) tak

b) nie

8. Czy ma Pan/Pani zastrzeżenia co do pracy Asystenta Osoby Starszej?

a) tak

b) nie

Jeżeli tak, to jakie?
.....
.....
.....

9. Czy dzięki wsparciu Asystenta Osoby Starszej czuje się Pan/Pani mniej wykluczony/a z życia społecznego?

a) tak

b) nie

10. Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia w jakiejś formie, której nie zapewnił Asystent Osoby Starszej? Jeśli tak, to jakie wsparcie jest potrzebne?

.....
.....
.....
.....