

הורה/מלווה נכבד/ה,

חשוב לנו מאוד ללמוד על שביעות רצונך מהשירות במרפאת בריאות הנפש בה בן/בת משפחתך הקטין מקבלת טיפול.

אנא מלא/י את השאלון והפקד בתיבה/קופסא המיועדת לכך לאחר שענית על כל השאלות.

בשאלון זה אין תשובות נכונות או לא נכונות - חשוב לנו לקבל את דעתך הכנה.

אם כבר מלאת את השאלון פעם אחת אנא אל תעשה זאת שנית

הוראות:

- אין לרשום שם - השאלון אנונימי.
- סמן/י בעיגול את התשובה המתאימה ביותר לכל שאלה (רק תשובה אחת לכל שאלה).
- אם השאלה אינה קשורה לניסיון שלכם במרפאה (השאלה אינה רלוונטית) אנא סמן עיגול סביב 0 – לא רלוונטי.
- במתן התשובה התייחס/י לניסיון שלך מאז שבן/בת המשפחה הקטין התקבל לטיפול ועד היום. אם הבן/בת משפחה קיבל טיפול בעבר וחזר שוב לטיפול התייחס רק לתקופת הטיפול האחרונה במרפאה זו.

אנא וודא שסימנת תשובה לכל שאלה !

כדי להעריך נכונה את המשוב שקיבלנו ממך אנו מבקשים ראשית שתענה על שלוש השאלות הבאות:

1. סמן את התשובה הנכונה משתי האפשרויות הבאות: אני בגיל 18 או מבוגר יותר ; אני צעיר מגיל 18
2. ציין את מספר החודשים שבן/בת המשפחה נמצא בטיפול (סמן בעיגול אפשרות אחת בלבד):

מספר חודשים

1 או פחות 2 - 4 5 - 7 8 - 11 12 - 15 16 - 20 20 - 24 25 ויותר

3. ציין את מספר המפגשים שבן/בת המשפחה קיבל מאז שהתחלת בטיפול (סמן בעיגול אפשרות אחת בלבד):

מספר מפגשים

1 - 3 4 - 7 8 - 12 13 - 15 16 - 24 25 ויותר

תודה על שיתוף הפעולה !

שם המרפאה: _____ תאריך: _____

ציוני/י האם ובאיזה מידה אתה מרוצה - סמן עיגול סביב התשובה הנכונה מבחינתך – רק תשובה אחת לכל שאלה.

לא רלוונטי	מרוצה מאוד	מרוצה	די מרוצה	לא מרוצה	כלל לא מרוצה		
0	5	4	3	2	1	1	ממשך הזמן שחיכיתם עד שכן/בת המשפחה התקבל במרפאה
0	5	4	3	2	1	2	מהנכונות של צוות המזכירות לעזור
0	5	4	3	2	1	3	מעמידת המטפלים בלוח הזמנים של מועדי הפגישות
0	5	4	3	2	1	4	מההסברים שקיבלתם אודות הבעיה של בן/בת המשפחה
0	5	4	3	2	1	5	מההסברים על הטיפול
0	5	4	3	2	1	6	מההתחשבות בדעותיכם אודות תכנית הטיפול
0	5	4	3	2	1	7	מהתאמת תכנית הטיפול לצרכים של בן/בת המשפחה הנמצא בטיפול
0	5	4	3	2	1	8	מהיחס של הצוות המטפל
0	5	4	3	2	1	9	מאיכות הטיפול בכלל
0	5	4	3	2	1	10	מאזור/חדר המתנה
0	5	4	3	2	1	11	מחדר הטיפול
0	5	4	3	2	1	12	מהגמישות בשעות הקבלה
0	5	4	3	2	1	13	ממשך הזמן עד שעונים לטלפון במרפאה
0	5	4	3	2	1	14	ממיקום המרפאה
0	5	4	3	2	1	15	מהחניה /או- ממרחק המרפאה מתחנה של תחבורה ציבורית
לא רלוונטי		כן, בהחלט	כן	לא, קרוב לוודאי שלא	לא, בהחלט	16	האם תמליצי/י על המרפאה הזו לחבר או לבן משפחה אחר אם יזדקקו לטיפול ?
0		כן	3	2	1		