

Maksusitoumus numero _____

Apuvälinetyytyväisyyskysely- yksilölliset apuvälineet

Tämä on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin apuvälinetyytyväisyyskyselynkyselyn tarkoituksena on kontrolloida yksilöllisten apuvälineiden ja palveluiden saatavuutta, laatua sekä toimivuutta. Pyydämme teitä täyttämään lomakkeen ja palauttamaan sen palautuskuoressa noin 1kk apuvälineen käyttöön otosta.

Käyttäjä _____

Apuväline ,esim. jalkine _____

Palveluntuottaja _____

Mitanottopäivä _____

Sovitus/luovutuspäivä _____

	tyytymätön	jokseenkin tyytyväinen	tyytyväinen
Palvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aikataulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuväline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta lisättävää apuvälineeseen tai apuvälinepalveluun liittyen:

Kiitämme osallistumisestanne