

Numret på betalningsförbindelsen _____

Enkät om tillfredsställelsen med hjälpmedlen – individuella hjälpmedel

Det här är Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts enkät om hur nöjda klienterna är med sina hjälpmedel, syftet är att kontrollera tillgängligheten och kvaliteten på de individuella hjälpmedlen och tjänsterna och hur bra de fungerar. Vi ber Er fylla i blanketten och returnera den i svarskuvertet ungefär en månad efter det att hjälpmedlet tagits i bruk.

Användare _____

Hjälpmedel _____

Serviceproducent _____

Datum för mättagning _____

Datum för provning/överlåtelse _____

	missnöjd	tämligen nöjd	nöjd
Servicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidtabellerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpmedlet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ni ännu har något att tillägga angående hjälpmedlet eller hjälpmedelsservicen kan Ni anteckna det:

Vi tackar för att Ni deltagit i enkäten.