

**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY JAKOŚCI ŻYCIA**  
**DZIĘKI INTERWENCJI EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO (EFS)**

1. **Z JAKIEJ FORMY WSPARCIA PAN/PANI SKORZYSTAŁ/A?** (proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „X”)

- OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM
- PROFILAKTYKA DOT. CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH (CUKRZYCA, OTYŁOŚĆ, NADWAGA)
- WSPARCIE/OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI (W TYM NAD OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI)

2. **JAK OBECNIE OCENIA PAN/PANI STAN SWOJEGO ZDROWIA (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – źle, 5 – bardzo dobrze)?** (proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „X”)

1	2	3	4	5

3. **JAK OCENIA PAN/PANI STAN SWOJEGO ZDROWIA W PORÓWNANIU Z OKRESEM ZANIM ZOSTAŁ/A PAN/PANI OBJĘTY/A INTERWENCJĄ EFS/PROJEKTEM?** (proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „X”)

- LEPIEJ NIŻ WCZEŚNIEJ
- PODOBNIIE JAK WCZEŚNIEJ
- GORZEJ NIŻ WCZEŚNIEJ

4. **JAK OCENIA PAN/PANI JAKOŚĆ SWOJEGO ŻYCIA (ROZUMIANA JAKO MOŻLIWOŚĆ SKORZYSTANIA Z USŁUG ZDROWOTNYCH) - w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – źle, 5 – bardzo dobrze?** (proszę zaznaczyć poprzez wstawienie znaku „X”)

1	2	3	4	5

5. **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Imię:** .....

**Nazwisko:** .....

**Nr PESEL:** .....

**DZIEKUJĘ ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA**