****

**BAİBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**BİREYSEL SAĞLIK DANIŞMANLIĞI**

**KATILIMCI GERİ BİLDİRİM FORMU**

**Değerli katılımcılar,**Bu form almış olduğunuz bireysel sağlık danışmanlığı hakkında görüşlerinizi iletmeniz ve sonraki danışmanlıkları planlarken yol göstermesi amacıyla hazırlanmıştır. Sizlere sunduğumuz danışmanlık etkinliklerinin kalitesinin daha yükseltilmesini ve sizlere daha yararlı olmasını sağlayabilmek için vereceğiniz geribildirimler bizim için önemlidir.

Katılımınız ve içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

**1.Danışmanlık Alan Kişi:** 1-Kendisi 2-Çocuğu 3-Diğer (Belirtiniz)

**2.Danışmanlık Alan Kişinin Yaşı:**

**3.Danışmanlık Alan Kişinin Cinsiyeti:**

**4.Danışmanlık Alan Kişinin Eğitim Durumu:**

( ) Okur-yazar

( ) İlkokul

( ) Ortaokul

( ) Lise

( ) Üniversite ve üzeri

**5.Danışmanlıktan Nasıl Haberdar Oldunuz?**

 ( ) Sosyal medya

( ) Sağlık profesyonelleri

( ) Sosyal çevre

( ) Diğer

**6.Danışmanlık Aldığınız Birim:**

( ) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

( ) Beslenme ve Diyetetik

( ) Hemşirelik

**7.Bireysel Danışmanlık Aldığınız Kişinin Adı Soyadı:**

**8.Alınan Seans Sayısı:**

**9.Verilen Danışmanlık Hizmeti İhtiyacınızı Karşıladı mı?**

1-Evet 2-Hayır

**10.Danışmanlıktan Memnuniyet Durumunuz:**

1-Zayıf 2-Orta 3-İyi 4-Çok iyi 5-Mükemmel

**Görüş ve Öneriler:**