

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTT Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

- يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج
- "إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تواجهه، فاملأ دائرة "غير قابل للتطبيق"
- لا تكتب اسمك في هذا النموذج
- يجب أن تكون إجاباتك واضحة للقراءة بواسطة جهاز الكمبيوتر، لذلك، يرجى استخدام قلم وملء الدائرة تماما واختيار إجابة واحدة فقط لكل سؤال



غير قابل للتطبيق
لا أوافق بشدة
لا أوافق
أنا محايد
أوافق
موافق بشدة

- | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 1. وكان المكان مناسب (لوسائل النقل العام، وبعد المسافة و موقف ا لسيارات، الخ) |
| <input type="radio"/> | 2. وكانت الخدمات متاحة عندما احتجت إلي |
| <input type="radio"/> | 3. اخترت أهداف العلاج بمساعدة المسئول |
| <input type="radio"/> | 4. أعطاني الموظفين وقتا كافيا في جلسات العلاج |
| <input type="radio"/> | 5. عاملني الموظفين باحترام |
| <input type="radio"/> | 6. كلمني الموظفون بطريقة مفهومة |
| <input type="radio"/> | 7. كان الموظفون حساسين لخفيتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة وما إلى ذلك) |
| <input type="radio"/> | 8. يعمل الموظفون هنا مع مسئولي رعايتي الصحية لتوفير الدعم الصحي |
| <input type="radio"/> | 9. يعمل الموظفون هنا مع مقدمي الرعاية الصحية العقلية لتوفير الدعم الصحي |
| <input type="radio"/> | 10. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقاها أستطيع القيام بالأشياء التي أريد القيام بها |
| <input type="radio"/> | 11. وقد شعرت بالترحيب هنا |
| <input type="radio"/> | 12. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها |
| <input type="radio"/> | 13. كنت قادرا على الحصول على كل المساعدة / الخدمات التي كنت بحاجة إليها |
| <input type="radio"/> | 14. أوصى بهذه الهيئة للاصدقاء أو أفراد العائلة |



تعليقات

يرجى عدم كتابة أي معلومات قد تكشف عن هويتك بما في ذلك (و غير محصور على) اسمك أو رقم هاتفك

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية

1. المدة التي تقيمت فيها
أكثر من أسبوعين 2 أسابيع أو أقل أول زيارة / يوم
2. الجنس (يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق)
إنثي ذكر متحول جنسيا هوية جنس أخرى رفض الإجابة
3. العرق / العرق (يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق)
مواطن من هاواي / من جزر المحيط الهادئ أمريكي هندي / مواطن أصلي من ألاسكا
أبيض / قوقازي أسوي
آخر أسود / أمريكي أفريقي
غير معروف لاتيني
4. الفئة العمرية
18-25 26-35 36-45 46-55 56+

أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !

