

VOIMAA VANHUUTEEN lääkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu

Olkaa ystävällinen ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin

Nimi (vapaaehtoinen) _____ Ikä _____ Nainen Mies

1. Mistä saitte tiedon tästä harjoittelumahdollisuudesta?

2. Ovatko harjoittelupaikka ja -tilat Teille tarkoituksenmukaisia?

kyllä ei, toivoisin _____

3. Onko harjoitteluajankohta Teille sopiva?

kyllä ei, toivoisin _____

4. Pidättekö kustannuksia sopivina?

kyllä ei, toivoisin _____

5. Onko ohjaustoiminta mielestänne pätevää?

kyllä en, toivoisin _____

6. Vastaako harjoittelun sisältö ennako-odotuksianne?

kyllä ei, toivoisin _____

7. Onko harjoittelu mielestänne?

liian kevyttä/helppoa sopivaa liian rasittavaa/vaativaa

8. Onko kuntonne/liikkumiskykyne muuttunut liikuntajakson vaikutuksesta?

kohentunut pysynyt samana heikentynyt

käännä





VOIMAA VANHUUTEEN
lääkäiden terveystoimintaohjelma

9. Onko Teillä harjoittelun seurauksena ilmennyt epämiellyttäviä rasitusoireita tai erityistä väsymystä?

ei kyllä, millaisia _____

10. Onko harjoittelulla ollut vaikutusta jaksamiseenne arkielämässä?

ei kyllä, millaisia _____

11. Oletteko saanut ohjeita omatoimiseen harjoitteluun?

kyllä ei, toivoisin _____

12. Oletteko harjoitellut omatoimisesti annettujen ohjeiden mukaisesti?

kyllä ei, voisin _____

13. Oletteko saanut lisää tietoa voima- ja tasapainoharjoittelun merkityksestä?

kyllä ei, voisin _____

14. Oletteko saanut riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista harrastaa liikuntaa?

kyllä en, toivoisin _____

15. Haluaisitteko osallistua ryhmässä toteutettavaan liikuntaharjoitteluun?

kyllä en, toivoisin _____

16. Onko Teillä toiveita tai muutosehdotuksia harjoittelunne suhteen?

Kiitoksia vaivannäöstänne!