**Danışan Öğrenci Adı Soyadı:**

1. Klinik yönderlik uygulaması kapsamında yönderinizle kurduğunuz iletişimi nasıl değerlendirirsiniz?

0………1……....2……...3….…..4……...5……...6……...7…….…8……....9….…..10

Çok kötü Çok iyi

1. Klinik yönderlik uygulaması kapsamında yönderinizin size ne kadar fayda sağlayabildiğini düşünüyorsunuz?

0………1……....2……...3….…..4……...5……...6……...7…….…8……....9….…..10

Hiç fayda sağlamadı Çok fayda sağladı

1. Klinik yönderlik uygulamasının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

0………1……....2……...3….…..4……...5……...6……...7…….…8……....9….…..10

Hiç yeterli değil Çok yeterli

1. Klinik yönderlik uygulamasından memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz? 0………1……....2……...3….…..4……...5……...6……...7…….…8……....9….…..10

Hiç memnun değilim Çok memnunum

1. Klinik yönderlik uygulamasından beklentileriniz nelerdi ve beklentileriniz karşılandı mı?
2. Klinik yönderlik uygulaması kapsamına dahil edilebilecek önerileriniz nelerdir?

**Sınıfı:**

**İmza:**