

## Ankieta satysfakcji

**Szanowni Państwo,**

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej. Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć

- kobieta  
 mężczyzna

2. Wykształcenie

- podstawowe  
 zawodowe  
 średnie  
 wyższe

3. Miejsce zamieszkania

- wieś  
 miasto (do 10 tys. mieszkańców)  
 miasto (do 50 tys. mieszkańców)  
 miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)

4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności

- tak  
 nie

5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?

- z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;  
 z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;  
 od rodziny/znajomych;  
 ze środków masowego przekazu:  
 prasy,  
 radia,  
 telewizji,  
 internetu;  
 (inne - proszę wymienić) .....

6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?

- ..... ..... ..... .....  
Bardzo dobrze      dobrze      przeciętnie      źle      bardzo źle

7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?

- ..... ..... ..... .....  
Bardzo dobrze      dobrze      przeciętnie      źle      bardzo źle

8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)

.....  .....  .....  .....   
Bardzo dobrze      dobrze      przeciętnie      źle      bardzo źle

9. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o wynikach badania i dalszych zaleceniach?

- tak
- nie

10. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?

.....  .....  .....  .....   
Bardzo dobrze      dobrze      przeciętnie      źle      bardzo źle

11. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?

.....  .....  .....  .....   
Bardzo dobrze      dobrze      przeciętnie      źle      bardzo źle

12. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (wyposażenie – krzesła, wieszaki; czystość; dostęp do toalet; czystość w toaletach)

.....  .....  .....  .....   
Bardzo dobrze      dobrze      przeciętnie      źle      bardzo źle

13. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

- tak
- nie
- nie mam zdania

14. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

***Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.***

---

**„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”**