

do umowy NR2017
na realizację programu polityki zdrowotnej
„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia
pozaustrojowego dla mieszkańców miasta
Poznania w latach 2017-2020”

**Ankieta satysfakcji Uczestnika programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020.”**

Szanowni Państwo,

zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie opinii na temat realizacji Programu.

Niniejsza ankieta jest w pełni anonimowa

Kobieta Mężczyzna

- w trakcie leczenia
 po zakończeniu leczenia

A) Proszę ocenić poziom zadowolenia z uzyskanych usług według skali (1-5) gdzie:

- 1 - ocena bardzo zła
2 – ocena zła
3 – ocena przeciętna
4 – ocena dobra
5 – ocena bardzo dobra

Proszę zaznaczyć znakiem „X” wybraną wartość oceny.

Zakres oceny	1	2	3	4	5
Czas oczekiwania na przyjęcie do gabinetu					
Życzliwość dla pacjenta					
Sprawność obsługi (np. obiegu dokumentacji)					
Organizacja usług – miejsce realizacji, pora dnia, tygodnia					
Udzielanie informacji o sposobie przeprowadzenia badania/procedury medycznej, przeciwwskazaniach, możliwych skutkach ubocznych, itp.					
Jak Pani/Pan ocenia ogólnie usługi świadczone przez Realizatora Programu					

B) Informacje dodatkowe:

Proszę zaznaczyć znakiem „X” wybraną odpowiedź.

Z jakiego źródła dowiedział/a się Pan/i o Programie?

- Internet znajomi/rodzina TV/prasa lekarz/placówka ochrony zdrowia
 inne (jakie.....)

C) Inne uwagi i spostrzeżenia dotyczące realizacji Programu

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!