



ANKIETA SATYSFAKCJI
UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Chcemy być rodzicami – program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Mysłowic w latach 2021-2024” w roku 2023

Szanowni Państwo,

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

Kobieta Mężczyzna

1. Ocena rejestracji:

JAK PAN(I) OCENIA	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakość otrzymanych informacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uprzejmość osób rejestrujących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostępność rejestracji telefonicznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Opieka lekarska:

JAK PAN(I) OCENIA	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zainteresowanie pacjentami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacje o przebiegu choroby i sposobie leczenia, profilaktyce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poszanowanie prywatności podczas wizyty/badań lekarskich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Opieka pielęgniarska:

JAK PAN(I) OCENIA	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość pielęgniarek / położnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarki / położne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacje uzyskane od pielęgniarek / położnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgniarskich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Warunki panujące w podmiocie leczniczym:

JAK PAN(I) OCENIA	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Wyposażenie w poczekalni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oznakowanie gabinetów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czystość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Czy zetknęła się Pani / zetknął się Pan z nieuprzejmym traktowaniem przez personel podmiotu?

TAK NIE

6. Czy w razie konieczności poleciałaby Pani / poleciliby Pan podmiot swoim bliskim?

TAK NIE

7. Z jakiego źródła informacji dowiedziała się Pani / dowiedział się Pan o programie?

Internet znajomi / rodzina TV / prasa

lekarz / podmiot leczniczy inne (jakie?

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!