WZÓR

*Załącznik nr 4*

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

*Załącznik do programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”*

Szanowni Państwo

Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do analizy jakości usług świadczonych w ramach programu. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania zamieszczone poniżej, zaznaczając znakiem „X” wybraną odpowiedź.

|  |
| --- |
| ***1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi informacji telefonicznej i rejestracji do Programu?*** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| Dostępność informacji, kontakt telefoniczny lub mailowy z rejestracją  |  |  |  |  |  |  |
| Troska i życzliwość w trakcie rozmowy |  |  |  |  |  |  |
| Kompetentna i zrozumiała informacja |  |  |  |  |  |  |
| Czas oczekiwania i sprawność obsługi(terminowość) |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***2. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi lekarskiej w Programie?*** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| Punktualność – czy konsultacja odbyła się o umówionej godzinie |  |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie warunków intymności podczas wizyty |  |  |  |  |  |  |
| Wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji (komunikatywność) |  |  |  |  |  |  |
| Życzliwość i zaangażowanie oraz troska o pacjenta w trakcie wizyty |  |  |  |  |  |  |
| Udzielanie informacji o sposobie przeprowadzenia procedury, przeciwwskazaniach, możliwych skutkach ubocznych  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***3. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi pielęgniarskiej w ramach Programu?*** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta) |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji) |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi, czas oczekiwania na zabiegi |  |  |  |  |  |  |
| Poszanowanie godności i prywatności pacjenta |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***4. Jak ocenia Pan/Pani poziom konsultacji psychologicznych świadczonych w Programie?*** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta) |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji) |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi, czas oczekiwania na konsultacje |  |  |  |  |  |  |
| Poszanowanie prywatności pacjenta |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OGÓLNA OCENA USŁUG ŚWIADCZONYCH W PROGRAMIE** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| Dostępność i rozpowszechnienie informacji o Programie |  |  |  |  |  |  |
| Jakość świadczonych usług medycznych i konsultacji psychologicznych |  |  |  |  |  |  |
| Lokalizacja, komfort i standard wyposażenia miejsc realizacji usług |  |  |  |  |  |  |
| Bezpieczeństwo i dbałość o pacjenta |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **UWAGI DOTYCZACE PROGRAMU I ŚWIADCZONYCH USŁUG** |
|  |

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety.