

Ankieta satysfakcji uczestników Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku.

Szanowni Państwo,
ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w *Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku.*

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas.

*W pytaniach 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:
1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.*

1. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak Pani/Pan ocenia personel pracujący przy realizacji Programu?

1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu?

1 2 3 4 5

4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?

1 2 3 4 5

5. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?

1 2 3 4 5

6. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

- z podmiotu leczniczego,
- z Internetu,
- od znajomych/innych uczestników,
- inne (jakie?)

7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

- tak
- nie

8. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?

- tak (jeśli tak to jakie?)

.....

.....

- nie

9. Inne uwagi

.....

.....

.....

Dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom Programu.