

Załącznik D. Wzór ankiety satysfakcji uczestników Programu

Ankieta satysfakcji uczestników „Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w latach 2022-2023”.

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 latach 2022-2023”.

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 poleciliby/polecilby 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/lby 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.