

3. Jak oceniają Państwo organizację Programu oraz poziom świadczonych usług

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
Formalności związane z rejestracją w Programie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czas oczekiwania na wizytę kwalifikacyjną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosunek personelu medycznego do pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność personelu medycznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poziom świadczeń medycznych objętych Programem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Prosimy o wskazanie aktualnego etapu Państwa uczestnictwa w Programie

Zostaliśmy zakwalifikowani do Programu	<input type="checkbox"/>			
Nie zostaliśmy zakwalifikowani do Programu	<input type="checkbox"/>			
Jesteśmy w trakcie leczenia w ramach Programu	<input type="checkbox"/>			
Zakończyliśmy leczenie w Programie (prosimy o wskazanie rezultatu leczenia)	Brak ciąży <input type="checkbox"/>	Ciąża <input type="checkbox"/>	Urodzenie dziecka <input type="checkbox"/>	

5. Dodatkowe uwagi na temat Programu

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety