

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego

ANKIETA SATYSFAKCJI

Szanowni Państwo,

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej. Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć kobieta mężczyzna
2. Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie wyższe
3. Miejsce zamieszkania wieś miasto (do 10 tys. mieszkańców)
 miasto (do 50 tys. mieszkańców)
 miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)
4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności
 tak nie
5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?
 z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;
 z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;
 od rodziny/znajomych;
 ze środków masowego przekazu:
 prasy,
 radia,
 telewizji,
 internetu;
 (inne - proszę wymienić)
6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
9. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego

10. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?

- bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

11. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (krzesła, wieszaki, czystość, dostęp do toalet)

- bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

12. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o korzyściach wynikających ze szczepienia przeciwko pneumokokom?

- tak nie

13. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o ewentualnych niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP)?

- tak nie

14. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

- tak nie nie mam zdania

15. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.

Ankiety można przesłać w wersji elektronicznej do:

- Koordynatora Programu e-mail: program@wsoz.pl
- Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, e-mail: s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl