**Załącznik nr 5 do umowy**

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW**

**„Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego   
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji”**

**Szanowna Pani/ Szanowny Panie (ankietę wypełnia para)**

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii i uwag na temat jakości świadczeń   
w Programie. Otrzymane informacje pozwolą również na coraz lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Prosimy o udzielenie odpowiedzi wstawiając znak X w odpowiednie pole. Ankieta jest anonimowa.

1. W jaki sposób dowiedzieliście się Państwo o programie:

[ ] z mediów społecznościowych

[ ] z lokalnych mediów

[ ] ze strony internetowej

[ ] od lekarza prowadzącego

[ ] od rodziny/znajomych

[ ] z innych źródeł (proszę wpisać jakich) …...................................................

W pytaniach 2 – 11 proszę zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 – oznacza najniższą ocenę, 5 – oznacza najwyższą ocenę

1. Jak oceniają Państwo dostęp do informacji na temat zasad kwalifikacji do Programu?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo dostęp do informacji na temat świadczeń objętych programem?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo stosunek personelu medycznego do pacjentów?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo umiejętność przekazywania wiedzy przez instruktora metod rozpoznawania płodności?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo sposób przekazania zaleceń lekarskich?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo organizację Programu?

1 2 3 4 5

1. W jakim stopniu Program spełnił Państwa oczekiwania?

1 2 3 4 5

1. Czy poleciliby Państwo udział w Programie innym osobom?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia, w tym prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej i zdrowia prokreacyjnego przed udziałem w Programie?

1 2 3 4 5

1. Jak oceniają Państwo swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia, w tym prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej i zdrowia prokreacyjnego po udziale w Programie?

1 2 3 4 5

1. Czy udział w Programie wpłynął na poprawę Państwa zdrowia?

[ ] tak [ ] nie

1. Czy udział w Programie zmienił Państwa jakość życia?

[ ] tak, pozytywnie [ ] tak, negatywnie [ ] nie

1. Czy otrzymali Państwo zalecenia medyczne w formie pisemnej?

[ ] tak [ ] nie

1. Czy uważają Państwo, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

[ ] tak [ ] nie

1. Czy wprowadziliby Państwo jakieś zmiany w organizacji Programu?

[ ] tak [ ] nie

Jakie...............................................................................................................................

…....................................................................................................................................

1. Inne uwagi …...............................................................................................................

…...................................................................................................................................

…....................................................................................................................................

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

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