Załącznik Nr 6 do umowy

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

**ZESTAWIENIE WYNIKÓW ANKIET SATYSFAKCJI**

**Termin realizacji: ………………………………………**

**Nazwa Zleceniobiorcy:**

**………………………………………………………………………………………………**

**Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie poniżej przedstawionych danych:**

**…………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Treść pytania ankietowego** | **Ocena** | **Liczba udzielonych odpowiedzi** |
| **1.** | **Jak Państwo oceniają umiejętność przekazania informacji** **o rokowaniach** | **bardzo dobrze** |  |
| **Dobrze** |  |
| **Średnio** |  |
| **Źle** |  |
| **bardzo źle** |  |
| **2.** | **Czy zalecenia diagnostyczne i lekarskie dotyczące postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały** **i przystępny?** | **Tak** |  |
| **raczej tak** |  |
| **raczej nie** |  |
|  **Nie** |  |
| **3.** | **Czy otrzymali Państwo zalecenia w formie pisemnej?** | **tak** |  |
| **nie** |  |
| **4.** | **Czy jesteście Państwo zadowoleni z udziału w Programie?** | **Tak** |  |
| **raczej tak** |  |
| **Nie** |  |
| **raczej nie** |  |
| **nie wiemy** |  |
| **5.** | **Dodatkowe uwagi na temat Programu** |  |  |

LICZBA PAR UDZIELAJĄCYCH ODPOWIEDZI………………..

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

(miejscowość) (data) (podpis Zleceniobiorcy)