Załącznik Nr 5 do umowy

**Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2023 rok**

**ANKIETASATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU**

**Okres oceny ………………………………………**

**Nazwa Zleceniobiorcy i miejsce (miasto) realizacji procedury:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **treść pytania ankietowego** | **ocena** | **zaznaczyć przy wybranej odpowiedzi**  **X** | **uwagi** |
| **1.** | **Jak Państwo oceniają umiejętność przekazania informacji**  **o rokowaniach** | **bardzo dobrze** |  |  |
| **dobrze** |  |  |
| **średnio** |  |  |
| **źle** |  |  |
| **bardzo źle** |  |  |
| **2.** | **Czy zalecenia lekarskie dotyczące postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały**  **i przystępny?** | **tak** |  |  |
| **raczej tak** |  |  |
| **raczej nie** |  |  |
| **nie** |  |  |
| **3.** | **Czy Państwo otrzymali zalecenia medyczne 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** |  |  |  |

**…………………………………… …………………………………………………………..**

**(miejscowość) (data)**