****

*Załącznik nr 5*

*do umowy NR …………………. na realizację programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”*

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”

** Kobieta**

** Mężczyzna**

 w trakcie leczenia

 po zakończeniu leczenia

***Szanowni Państwo,***

*Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do analizy jakości usług świadczonych w ramach programu. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania zamieszczone poniżej zaznaczając znakiem „X” wybraną odpowiedź.*

|  |
| --- |
| ***1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi informacji telefonicznej i rejestracji do Programu?***  |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| *Dostępność informacji, kontakt telefoniczny lub mailowy z rejestracją*  |  |  |  |  |  |  |
| *Troska i życzliwość w trakcie rozmowy* |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***2. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi przez personel medyczny w Programie?*** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| *Punktualność – czy konsultacja odbyła się o umówionej godzinie* |  |  |  |  |  |  |
| *Zapewnienie warunków intymności podczas wizyty* |  |  |  |  |  |  |
| *Wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji (komunikatywność)* |  |  |  |  |  |  |
| *Życzliwość i zaangażowanie oraz troska o pacjenta w trakcie wizyty* |  |  |  |  |  |  |
| *Udzielanie informacji o sposobie przeprowadzenia procedury, przeciwwskazaniach, możliwych skutkach ubocznych*  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OGÓLNA OCENA USŁUG ŚWIADCZONYCH W PROGRAMIE** |
|  | ***Bardzo dobrze*** | ***Dobrze*** | ***Średnio*** | ***Źle*** | ***Bardzo źle*** | ***Nie mam zdania*** |
| *Dostępność i rozpowszechnienie informacji o Programie* |  |  |  |  |  |  |
| *Jakość świadczonych usług medycznych*  |  |  |  |  |  |  |
| *Lokalizacja, komfort i standard wyposażenia miejsca realizacji usług* |  |  |  |  |  |  |
| *Bezpieczeństwo i dbałość o pacjenta* |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **UWAGI DOTYCZACE PROGRAMU I ŚWIADCZONYCH USŁUG** |
|  |

***Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety!***