

**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
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.

Ankietę można przesłać w wersji elektronicznej do:

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