Załącznik nr 2

do Umowy

**ANKIETA STATYSFAKCJI PACJENTA**

**SZCZEPIENIE PRZECIW HPV**

(opinia odbiorców o programie)

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom działań edukacyjnych ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *A* | *Forma przekazu informacji (zrozumiałość, jasność)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *B* | *Wiedza merytoryczna prowadzących działania edukacyjne* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *C* | *Czas i miejsce prowadzenia działań w odniesieniu do oczekiwań* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie kwalifikacji i szczepienia ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *A* | *Stosunek do pacjenta*  (*życzliwość, zaangażowanie,*  *troska o pacjenta*) | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *B* | *Komunikatywność*  *(wyczerpujące i zrozumiałe*  *przekazywanie informacji)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *C* | *Zapewnianie intymności*  *pacjenta podczas wizyty* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *D* | *Staranność i dokładność wykonywania badania* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie szczepienia ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *A* | *Stosunek do pacjenta*  *(życzliwość, zaangażowanie,*  *troska o pacjenta)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *B* | *Komunikatywność (wyczerpujące*  *i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *C* | *Sprawność i staranność wykonywania szczepienia* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *D* | *Czas oczekiwania na zabieg*  *przed gabinetem* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |

**4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie realizację programu ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |

**Inne uwagi**

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

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety. Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakość świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom. Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*