

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA - UCZESTNIKA PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO (ankieta jest anonimowa)

Tytuł projektu: „Wdrożenie profilaktyki chorób naczyń mózgowych”

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0037/17-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych**

	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Niezadowolająco	Źle
Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencje osób realizujących program?					
Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o programie?					
Jak oceniają Państwo treść przygotowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych (zrozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?					
Jak oceniają Państwo wartość merytoryczną szkoleń oferowanych w ramach Programu?					
Jak oceniają Państwo jakość opieki lekarskiej?					
Który z czynników ryzyka postanowił by Pan/Pani wyeliminować lub zmodyfikować <input type="checkbox"/> -nikotynizm, <input type="checkbox"/> -duża masa ciała, <input type="checkbox"/> -mała aktywność fizyczna, <input type="checkbox"/> ciśnienie krwi					
i jak Pan/Pani ocenia swoje szanse na realizację tych zadań					
Jak oceniliby Państwo możliwość prowadzenia kolejnych Programów Profilaktycznych z zakresu chorób naczyń mózgowych w przyszłości?					
Jak Państwo oceniają poziom obsługi w ramach Programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?					
Jak Państwo całościowo oceniają Program?					