

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** | **Niezado walająco** | **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   * -nikotynizm, -duża masa ciała, -mała aktywność fizyczna, 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? |  |  |  |  |  |