

**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.**

**Ankieta 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](mailto:s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl)