

Program Wykrywania Zakazeń wzv typu B i C w województwie Kujawsko-Pomorskim w 2019r.

Koordynator Programu: dr n. med. Krzysztof Gierlotka www.program.wsoz.pl
Polub nas na Facebooku, udostępnij www.facebook.com/program.wzw

ANKIETA SATYSFAKCI

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. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie; źle; bardzo źle
6. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie; źle; bardzo źle
7. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie; źle; bardzo źle
8. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie; źle; bardzo źle
9. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie; źle; bardzo źle
10. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (krzesła, wieszaki, czystość; dostęp do toalet)
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie; źle; bardzo źle
11. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?
 tak nie nie mam zdania
12. 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.