

## ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

**Szanowna Pani/ Szanowny Panie**

zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety, dotyczącej programu **Profilaktyki nowotworów skóry i czerniaka złośliwego dla mieszkańców Wrocławia**, finansowanego z budżetu Miasta.

Badanie jest anonimowe, a wyniki stanowią będą informację niezbędną do dalszego doskonalenia jakości działań realizowanych w ramach programu.

### Instrukcja wypełniania kwestionariusza ankiety

Przy każdym pytaniu prosimy o zaznaczenie znakiem „X” jednej lub więcej odpowiedzi.

W pytaniach ze skalą ocen należy zakreślić kółkiem cyfrę na skali ocen od 1 do 5, która Pani/Pana zadaniem ocenia wskazane kryterium (liczba 1 ocena najniższa, liczba 5 ocena najwyższa).

Będziemy wdzięczni za uzupełnienie ankiety własnymi opiniami i spostrzeżeniami.

### 1. Czy rejestracja do Programu sprawiła Pani/Panu trudność?

<b>A</b>	nie sprawiła trudności	
<b>B</b>	nie rejestrowałam się sama, ktoś inny to zrobił	
<b>C</b>	tak, gdyż często nie mogłam się dodzwonić	
<b>D</b>	tak, gdyż nie mogłam uzyskać wyczerpującej odpowiedzi na pytania	
<b>E</b>	tak, gdyż rejestrujący był niecierpliwy i nie odpowiadał na moje pytania	
<b>F</b>	tak, gdyż nie jestem zadowolona z rozmowy telefonicznej/osobistej	

### 2. W skali od 1 do 5 proszę ocenić przebieg wizyty edukacyjnej

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
		1	2	3	4	5
1	Czy informacje przekazywane przez edukatora były zrozumiałe?					
2.	Czy edukator był życzliwy, cierpliwy, rozmowny i wyrozumiały?					
3.	Czy podczas rozmowy miała Pani/ miał Pan poczucie bezpieczeństwa?					
4.	Czy wizyta spełniła Pani/Pana oczekiwania?					
6.	Czy nauczyła się Pani/ nauczył się Pan samoobserwacji znamion?					

**3. W skali od 1 do 5 proszę ocenić swoją wiedzę i umiejętności po wizycie edukacyjnej**

Skala ocen od 1 do 5				
1	2	3	4	5

**4. W skali od 1 do 5 proszę ocenić przebieg konsultacji u lekarza specjalisty**

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1	Czy informacje przekazywane przez lekarza były dla Pani/Pana zrozumiałe?	1	2	3	4	5
2.	Czy lekarz był życzliwy, cierpliwy i wyrozumiały?	1	2	3	4	5
3.	Czy podczas konsultacji lekarskiej zapewniono Pani/Panu poszanowanie godności osobistej i intymności?	1	2	3	4	5
4.	Czy wizyta u lekarza spełniła Pani/Pana oczekiwania?	1	2	3	4	5

**5. W skali od 1 do 5 proszę ocenić konsultację lekarza specjalisty**

Skala ocen od 1 do 5				
1	2	3	4	5

**6. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z udziału w Programie?**

<b>A</b>	zdecydowanie tak	
<b>B</b>	raczej tak	
<b>C</b>	raczej nie	
<b>D</b>	zdecydowanie nie	
<b>E</b>	trudno powiedzieć	

**7. Jeśli jest Pani/Pan niezadowolona/y, proszę opisać dlaczego:**

**8. Czy wzięłaby Pani / wzięłby Pan ponownie udział w podobnym Programie?**

<b>A</b>	zdecydowanie tak	
<b>B</b>	raczej tak	
<b>C</b>	raczej nie	
<b>D</b>	zdecydowanie nie	
<b>E</b>	trudno powiedzieć	

**9. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?**

<b>A</b>	zdecydowanie tak	
<b>B</b>	raczej tak	
<b>C</b>	raczej nie	
<b>D</b>	zdecydowanie nie	
<b>E</b>	trudno powiedzieć	

**10. Płeć:** K , M

**11. Wiek:** 20lat , 21-30lat , 31-40lat , 41-49lat , 50-60lat , 61-69lat , 70 lat i powyżej

**12. Wykształcenie:** podstawowe , średnie , wyższe , inne

**13. Uwagi, spostrzeżenia, wnioski** którymi chciałaby się Pani/ chciałby się Pan podzielić Program finansowany przez Miasto Wrocław