

ANNIETA SATYSFAKCJI PACJENTA – UCZESTNIKA PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO

Szanowni Państwo zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Gwarantujemy anonimowość, Pana/Pani odpowiedzi, ocena posłużą do ewentualnej poprawy jakości Programu.

	OCENA				
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Niezadowalająco	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 swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) odnośnie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyniowych mózgu po zakończeniu udziału w programie?					
Jak oceniają Państwo jakość opieki lekarskiej?					
Który z czynników ryzyka postanowił/a Pan/Pani wyeliminować: <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 szansę 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?					