

## Ankieta satysfakcji uczestnika programu

### ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO PN.: „ROZSZERZENIE DOSTĘPNOŚCI NOWOCZESNYCH INSTRUMENTALNYCH METOD DIAGNOSTYKI I REHABILITACJI DZIECI Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM NA TERENIE WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO”

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Regionalnego Programu Zdrowotnego pn.: „Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego”. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas i uczestnictwo w Programie.

1. Który raz w obecnym roku kalendarzowym dziecko, które znajduje się pod Pani/Pana opieką uczestniczyło w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn.: „Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego” lub innym tożsamym finansowanym ze środków publicznych (np. NFZ, jednostki samorządu terytorialnego)? (zakreśl odpowiednią cyfrę).

1                      2                      3                      4                      5

2. Czy Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

tak                       nie

3. W skali od 1 do 5 oceń personel pracujący przy realizacji Programu (zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą).

1                      2                      3                      4                      5

4. W skali od 1 do 5 oceń organizację Programu (zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą).

1                      2                      3                      4                      5

5. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

podmiotu leczniczego                       Internetu                       znajomych/innych rodziców  
 ulotki/plakatu                       inne (jakie?) .....

6. Czy Pani/Pana zdaniem stan zdrowia dziecka uczestniczącego w programie zauważalnie poprawił się po świadczeniach udzielonych w ramach Programu?

tak                       nie

7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

tak                       nie

8. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakiegóś zmiany w organizacji Programu? Jeśli tak to jakie?

tak                       nie

.....  
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!