

Projekt pn. „Masz niepokojące znamiona na skórze? Sprawdź je! - Regionalny program profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry”
RPLD.10.03.02-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

Ankieta satysfakcji pacjenta

Załącznik nr 4

Szanowny Panie/Szanowna Pani

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat **Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego**. Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. **Ankieta jest anonimowa**

1. Płeć: [] kobieta [] mężczyzna

1. Data urodzenia: (proszę wpisać).....

2. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

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

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

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

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

5. Czy jest Pan/i zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń w Programie (godziny udzielania świadczeń, warunki lokalowe itd.)?

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

6. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w Programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

7. Czy zakres świadczeń udzielanych w Programie odpowiadał na Pan/Pani potrzeby zdrowotne?

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

8. Czy przez udział w Programie zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat samobadania skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych które może Pan/Pani sam/sama wykonywać w domu?

☐	☐	☐	☐	☐
Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć

Miejsce na Pana/Pani dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!