

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA
Programu polityki zdrowotnej
Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020

Szanowni Państwo!

W związku z Państwa udziałem w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020 (dalej zwany „programem”), będziemy wdzięczni, jeśli wypełnią Państwo poniższą ankietę. Program został stworzony aby Państwu pomóc, zatem Państwa zdanie jest dla nas najważniejsze. Ankieta pozwoli także ocenić w pełni, czy cele programu zostały osiągnięte.

Część właściwa ankiety znajduje się na drugiej stronie. Poniżej znajduje się 7 informacji i zasad dotyczących wypełniania ankiety i sposobu jej wykorzystania.

1. Ankieta jest anonimowa.
2. Ankieta powinna Państwu zostać przekazana Państwu do wypełniania po zakończeniu udziału w programie.
3. Każda osoba z pary pacjentów uczestniczącej w programie powinna wypełnić ankietę samodzielnie.
4. Wypełnione ankiety zostaną przesłane do Ministerstwa Zdrowia gdzie informacje w nich zawarta posłużą do oceny realizacji programu.
5. Ankiety nie będą opisywane w jakikolwiek sposób, który pozwoliłby na identyfikację osób, które je wypełniały.
6. Jeżeli nie zaznaczono inaczej prosimy o zaznaczanie jednej odpowiedzi, w polu do tego przeznaczonym. Mogą Państwo używać zarówno „X” jak i „V”. Daty prosimy podawać z wykorzystaniem cyfr „1,2,3 ...”.
7. Prosimy wypełniać ankiety długopisem o kolorze niebieskim lub czarnym.

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1.	Płeć	Kobieta	Mężczyzna
2.	Rok urodzenia		

II. OCENA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

JAK PAN/I OCENIA:		Bardzo źle	Źle	Przeciętnie	Dobrze	Bardzo dobrze
1.	Przekazywanie informacji o zasadach realizacji Programu przez personel					
2.	Przekazywanie informacji o świadczeniach udzielanych w ramach programu					
3.	Dostępność do lekarzy specjalistów					
4.	Dostępność do badań i zabiegów w ramach program					
5.	Profesjonalizm personelu podczas wykonywanych badań					

III. PYTANIA DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROGRAMIE

1.	Nazwa realizatora		
2.	Data rozpoczęcia udziału w Programie (MM-RRRR)		
3.	Data zakończenia udziału w Programie (MM-RRRR)		
4.	Sposób zgłoszenia do udziału w Programie		
	Samodzielnie	Na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
5.	Wcześniejsze leczenie z powodu niepłodności		
	TAK	NIE	

6.	Jak długo starali się Państwo bezskutecznie o dziecko przed rozpoczęciem udziału w Programie ?			
	0-6 miesięcy	6-12 miesięcy	1-2 lata	Powyżej 2 lat

7.	Na jakim etapie zakończyli Państwo udział w Programie	
	Tylko wywiad medyczny	Diagnostyka poszerzona (np.: badania USG, laparoscopia, analiza nasienia)

8.	Czy po udziale w Programie zostali Państwo skierowani do dalszego leczenia niepłodności	
	TAK	NIE

9.	Czy Państwa dalsze leczenie zostało zaplanowane w placówce realizatora ?	
	TAK	NIE