Załącznik 4 do umowy
 na realizację programu polityki
zdrowotnej

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”**

I. Ocena rejestracji

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |  |  |  |  |  |
| uprzejmość osób rejestrujących? |  |  |  |  |  |
| dostępność rejestracji telefonicznej? |  |  |  |  |  |

II. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie pomiarów antropometrycznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas badań? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania badań? |  |  |  |  |  |
| rzetelność udzielania porad pielęgniarskich? |  |  |  |  |  |

III. Ocena dietetyka w trakcie porad dietetycznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość dietetyka? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas udzielania porad? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania porad? |  |  |  |  |  |

IV. Ocena porad diabetologicznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość personelu\*? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas udzielania porad? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania porad? |  |  |  |  |  |

\* pielęgniarki diabetologicznej
 lekarza diabetologa
 (niepotrzebne skreślić)

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| czystość w poczekalni? |  |  |  |  |  |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? |  |  |  |  |  |
| dostęp i czystość w toaletach? |  |  |  |  |  |
| oznakowanie gabinetów? |  |  |  |  |  |

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
| --- |
|  |