**Załącznik nr 5 do umowy**

**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA – UCZESTNIKA PROGRAMU KORDIAN**

(ankieta anonimowa)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OCENA | | | | |
| Bardzo dobrze | Dobrze | Zadowalająco | Niezadowalająco | Źle |
| Jak ocenia Pan/i wiedzę, doświadczenie i kompetencje osób realizujących program? |  |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/i dostęp do informacji o programie? |  |  |  |  |  |
| Jak oceniłby Pan/i treść dostępnych materiałów informacyjno-edukacyjnych (zrozumienie, jakość, przydatność, dostępność)? |  |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/i szkolenia oferowane w ramach programu? |  |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/i swój stan wiedzy w zakresie czynników ryzyka i objawów chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym miażdżycy tętnic? |  |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/i jakość oferowanej opieki medycznej? |  |  |  |  |  |
| Który z czynników ryzyka postanawia Pan/i wyeliminować lub zmodyfikować (właściwe zaznaczyć:  X – palenie tytoniu,  X – duża masa ciała,  X – mała aktywność fizyczna,  X – wysokie ciśnienie krwi,  X – cholesterol LDL,  X – poprawa nawyków żywieniowych)  I jak Pan/i ocenia swoje szanse na realizację tych zadań? |  |  |  |  |  |
| Jak oceniłby Pan/i możliwość realizacji kolejnych programów profilaktycznych w tym zakresie? |  |  |  |  |  |
| Jak oceniłby Pan/i jakość i poziom obsługi w ramach programu (uprzejmość, dostępność etc.)? |  |  |  |  |  |
| Jaką ocenę przyznałby Pan/i za całość realizacji programu? |  |  |  |  |  |