Załącznik nr 3

 do umowy nr…

 z dnia…………

**Ankieta poziomu satysfakcji uczestników**

**„Programu polityki zdrowotnej**

**z zakresu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro**

**dla mieszkańców Miasta Bydgoszczy w latach 2023-2026”**

1. **W jaki sposób dowiedzieliście się Państwo o Programie**

|  |  |
| --- | --- |
| Ze strony internetowej UM Bydgoszcz |  |
| Z mediów społecznościowych |  |
| Z lokalnej prasy |  |
| Od lekarza prowadzącego |  |
| Od rodziny/znajomych |  |
| Z innych źródeł, jakich? ………………………… |  |

1. **Jak oceniają Państwo promocję Programu oraz dostęp do informacji na jego temat?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Średnio | Źle | Bardzo źle | Nie mam zdania |
| Dostęp do informacjina temat ośrodków będących Realizatorami Programu  |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do informacji na temat zasad kwalifikacji do Programu |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do informacji na temat świadczeń medycznych objętych Programem |  |  |  |  |  |  |

1. **Jak oceniają Państwo organizację Programu oraz poziom świadczonych usług**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Średnio | Źle | Bardzo źle | Nie mam zdania |
| Dopełnianie formalności związanych z rejestracją w Programie |  |  |  |  |  |  |
| Czas pomiędzy rejestracją w Programie a wizytą kwalifikacyjną |  |  |  |  |  |  |
| Stosunek personelu medycznego do pacjentów |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność personelu medycznego |  |  |  |  |  |  |
| Poziom usług medycznych świadczonych w ramach Programu |  |  |  |  |  |  |

1. **Prosimy o wskazanie aktualnego etapu Państwa uczestnictwa w Programie**

|  |  |
| --- | --- |
| Jesteśmy zakwalifikowani do Programu |  |
| Nie otrzymaliśmy kwalifikacji do Programu |  |
| Jesteśmy w trakcie leczenia |  |
| Zakończyliśmy leczenie (prosimy o wskazanie rezultatu leczenia) |  Brak ciąży  |
|  Ciąża  |
|  Urodzenie dziecka  |

**5. Państwa uwagi na temat Programu:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................................……………………………………………………………………………………………

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety**