

**ANKIETA SATYSFAKCI PACJENTA - UCZESTNIKA PROGRAMU
PROFILAKTYCZNEGO**
(ankieta jest anonimowa)

X	OCENA				
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Niezadowa -lająco	Źle
Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencje osób realizujących program?					
Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o programie?					
Jak oceniają Państwo treść przygotowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych (zrozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?					
Jak oceniają Państwo wartość merytoryczną szkoleń oferowanych w ramach Programu?					
Jak oceniają Państwo swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) odnośnie czynników ryzyka i objawów chorób naczyniowych mózgu po zakończeniu udziału w programie?					
Jak oceniają Państwo jakość opieki lekarskiej?					
Który z czynników ryzyka postanowił Pan/Pani wyeliminować lub zmodyfikować (x-nikotynizm, x-duża masa ciała, x-mała aktywność fizyczna, x-ciśnienie krwi) i jak Pan/Pani ocenia swoje szanse na realizację tych zadań?					
Jak oceniliby Państwo możliwość prowadzenia kolejnych Programów Profilaktycznych z zakresu					

chorób naczyń mózgowych w przyszłości?					
Jak Państwo oceniają poziom obsługi w ramach Programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?					
Jak Państwo całościowo oceniają Program?					