

Załącznik nr 2  
do umowy nr 18/...../OK  
z dnia .....

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego prowadzącego  
program szczepień ochronnych przeciwko grypie)

## ANKIETA

### dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń (badanie anonimowe)

**Szanowni Państwo,**

zwracamy się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania niniejszej ankiety, w celu oceny realizacji „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Bielska Podlaskiego po 60 roku życia na lata 2018 – 2020”. Proszę wybrać odpowiedź zaznaczając X we właściwej kratce.

**1. Płeć:**

☐ kobieta      ☐ mężczyzna

**2. Wiek:**      ..... lat

**3. Czy Pan(i) w roku ubiegłym szczepił(a) się przeciwko grypie?**

☐ tak      ☐ nie

**4. Czy finansowanie szczepień przeciwko grypie przez Miasto Bielsk Podlaski wpłynęło na decyzję o zaszczepieniu?**

☐ tak      ☐ nie

**5. Czy w ramach udziału w programie został(a) Pan(i) poinformowana/y o:**

a) korzyściach wynikających ze szczepienia przeciwko grypie?

☐ tak ☐ nie

b) możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych?

☐ tak ☐ nie

c) postępowaniu w razie wystąpienia odczynów poszczepiennych?

☐ tak ☐ nie

**6. Czy Pan(i) jest zadowolona/y z wzięcia udziału w programie bezpłatnych szczepień?**

☐ tak ☐ nie

**7. Jak ocenia Pan(i) jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu?**

a) terminowość wykonania szczepień

☐ pozytywnie ☐ negatywnie

b) poziom usług lekarskich (badania przed szczepieniem)

☐ pozytywnie ☐ negatywnie

c) poziom usług pielęgniarских

☐ pozytywnie ☐ negatywnie

**8. Czy poziom Pani/Pana wiedzy i świadomości dotyczący profilaktyki grypy, powikłań związanych z gripą i roli szczepień w profilaktyce grypy jest większy niż przed udziałem w programie?**

☐ tak ☐ nie

**9. Czy udział i wiedza zdobyta w ramach programu wpłynie na podjęcie przez Panią/a decyzji o zaszczepieniu się w przyszłości przeciw grypie poza programem (na własny koszt)?**

☐ tak

☐ nie

**10. Czy uważa Pan(i), że realizacja tego typu programu jest potrzebna?**

☐ tak

☐ nie

**11. Jakie są Pani/Pana potrzeby w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej w mieście Bielsk Podlaski?**

.....  
.....  
.....  
.....