**ANKIETA EWALUACYJNA**

**oceniająca usługi wypożyczania sprzętu medycznego w ramach**

**wsparcia indywidualnego nad pacjentem**

 Poniższa ankieta służy wyłącznie ocenie wsparcia udzielonego w ramach wypożyczalni sprzętu medycznego w ramach wsparcia indywidualnego nad pacjentem realizowanego przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie, 30-663 Kraków, ul. Wielicka 267 w ramach projektu „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” współfinansowanego ze środków MF EOG i NMF 2009-2014 w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno–epidemiologicznych”.

Bardzo proszę o uważne przeczytanie poniższych pytań i wybranie wariantu odpowiedzi najbardziej odpowiadającego Państwa opinii; odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem w okienku obok wybranej odpowiedzi:

1. Czy uważa Pan/Pani, że asortyment (rodzaje) oferowanego przez wypożyczalnię sprzętu medycznego spełnił Pana/Pani oczekiwania?

 [ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

2. Jeśli asortyment (rodzaje) oferowanego przez wypożyczalnię sprzętu medycznego nie spełnił Pana/Pani oczekiwań, to proszę wymienić w skrócie jakie oczekiwania nie zostały spełnione w tym zakresie:……………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

3. Czy forma działania wypożyczalni (czas pracy, możliwość odbioru/przekazania sprzętu w użytkowanie na miejscu lub z dowozem, kontakt z pracownikiem wypożyczalni itp.) spełniła Pana/Pani oczekiwania?

 [ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

4. Jeśli forma działania wypożyczalni nie spełniła Pana/Pani oczekiwań, to proszę w skrócie wymienić co Pana/Pani zdaniem należałoby zmienić w formie działania wypożyczalni:……………

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

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Czy uważa Pan/Pani, że oferowany w wypożyczalni sprzęt medyczny ułatwił codzienne funkcjonowanie lub radzenie sobie z chorobą?

 [ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

6. Czy uważa Pan/Pani, że dzięki oferowanemu w wypożyczalni sprzętowi medycznemu ograniczeniu uległa konieczność kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką?

 [ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

7. Czy Pana/Pani zdaniem jakość i niezawodność oferowanego przez wypożyczalnię sprzętu były wystarczające?

 [ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

8. Jeśli jakość i niezawodność oferowanego przez wypożyczalnię sprzętu nie były wystarczające, to proszę w skrócie opisać problemy jakie sprawiał sprzęt w trakcie jego użytkowania:…………

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Czy uważa Pan/Pani, że **jakość życia** dzięki uzyskanemu wsparciu (poradom, konsultacjom) uległa poprawie?

 [ ] TAK [ ] CZĘŚCIOWO TAK [ ] NIE [ ] TRUDNO OKREŚLIĆ

10. W jaki sposób uzyskał (-ła) Pan/Pani informację o wypożyczalni sprzętu medycznego?

 [ ] prasa [ ] telewizja [ ] ustnie od znajomych

 [ ] lekarz [ ] internet

 [ ] inne (proszę podać jak):……………………………………………………………………………………….

11. Ankieta została wypełniona przez:

 [ ] opiekuna pacjenta [ ] pacjenta (użytkownika sprzętu)