

**Ośrodek Diagnostyki Chorób Piersi  
Kwestionariusz ankiety**

**Szanowna Pani,**

zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety, dotyczącej programu **Profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia**, finansowanego z budżetu Miasta Wrocławia. Badanie jest anonimowe, a wyniki stanowiąc będą informację niezbędną do dalszego doskonalenia jakości działań edukacyjnych.

**Instrukcja wypełniania kwestionariusza ankiety**

Przy każdym pytaniu prosimy o zaznaczenie znakiem „X” jednej lub więcej odpowiedzi. W pytaniach ze skalą ocen należy zakreślić kółkiem cyfrę od 1 do 5, która Pani zadaniem ocenia wskazane kryterium (liczba 1 ocena najniższa, liczba 5 ocena najwyższa).

**1. Czy rejestracja do Ośrodka Diagnostyki Chorób Piersi sprawiła Pani trudność?**

<b>A</b>	nie sprawiła trudności	
<b>B</b>	nie rejestrowałam się sama, ktoś inny to zrobił	
<b>C</b>	tak, gdyż często nie mogłam się dodzwonić	
<b>D</b>	tak, gdyż nie mogłam uzyskać wyczerpującej odpowiedzi na pytania	
<b>E</b>	tak, gdyż rejestrujący był niecierpliwy i nie odpowiadał na moje pytania	
<b>F</b>	tak, gdyż nie jestem zadowolona z rozmowy telefonicznej	

**2. W skali od 1 do 5 proszę ocenić jakość rozmowy dotyczącej rejestracji do Ośrodka Diagnostyki Chorób Piersi**

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1.	Czy sposób przekazywania informacji był dla Pani zrozumiały i wyczerpujący?	1	2	3	4	5
2.	Czy osoba prowadząca rejestrację była życzliwa, cierpliwa i wyrozumiała?	1	2	3	4	5

**3. Jak długo od zarejestrowania się czekała Pani na wizytę w Ośrodku Diagnostyki Chorób Piersi?**

<b>A</b>	kilka dni	
<b>B</b>	dwa tygodnie	
<b>C</b>	dłużej niż dwa tygodnie	
<b>D</b>	miesiąc	
<b>E</b>	dłużej niż miesiąc	

**4. W skali od 1 do 5 proszę ocenić konsultację lekarza onkologa**

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1.	Czy informacje przekazywane przez lekarza były dla Pani zrozumiałe?	1	2	3	4	5
2.	Czy lekarz był życzliwy, cierpliwy i wyrozumiały?	1	2	3	4	5
3.	Czy podczas konsultacji lekarskiej zapewniono Pani poszanowanie godności osobistej i intymności?	1	2	3	4	5
4.	Czy wizyta u lekarza spełniła Pani oczekiwania?	1	2	3	4	5

Jeśli jest Pani niezadowolona, proszę opisać dlaczego:

.....  
.....

**5. Czy podczas wizyty została Pani skierowana na badania diagnostyczne?**

<b>A</b>	Tak, usg	
<b>B</b>	Tak, mammografia	
<b>C</b>	Tak, mammografia i usg	
<b>D</b>	Nie	

**6. W skali od 1 do 5 proszę ocenić wykonywanie badań diagnostycznych?**

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1.	Czy informacje przekazywane podczas badania były dla Pani zrozumiałe?	1	2	3	4	5
2.	Czy personel medyczny wykonujący badanie był życzliwy, cierpliwy i wyrozumiały?	1	2	3	4	5
3.	Czy podczas wykonywania badania zapewniono Pani poszanowanie godności osobistej intymności?	1	2	3	4	5

**7. W skali od 1 do 5 jak ocenia Pani warunki w Ośrodku Diagnostyki Chorób Piersi?**

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1.	Lokalne - wystarczająca przestrzeń, miejsca do siedzenia, estetyka, poczekalnia, gabinet	1	2	3	4	5
2.	Sanitarne – dostęp do sanitariatów, czystość, estetyka	1	2	3	4	5
3.	Organizacja pracy personelu medycznego	1	2	3	4	5
4.	Informacja, oznakowanie	1	2	3	4	5

**8. W skali od 1 do 5 proszę ocenić ogólne wrażenia z wizyty w Ośrodku Diagnostyki Chorób Piersi**

Skala ocen od 1 do 5				
1	2	3	4	5

**9. Wiek** 18-20lat     21-30lat     31-40lat     41-49lat     50-60lat   
61-69lat     70lat i powyżej

**10. Wykształcenie:** podstawowe     średnie     wyższe     inne

**11. Uwagi, spostrzeżenia, wnioski** którymi chciałaby się Pani podzielić

.....  
.....

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety !**