**ZAŁĄCZNIK 1**

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE**

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział......................................................................................

.............................................................. *(Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami)*

w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn.: „WSPARCIE NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI Z TERENU POWIATU GARWOLIŃSKIEGO I KOZIENICKIEGO” i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

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

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

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

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)

data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA



**ZAŁĄCZNIK NR 2. ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO PN.: „WSPARCIE NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI Z TERENU POWIATU GARWOLIŃSKIEGO I KOZIENICKIEGO”**

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Regionalnego Programu Zdrowotnego pn.: „WSPARCIE NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI Z TERENU POWIATU GARWOLIŃSKIEGO I KOZIENICKIEGO”. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas i uczestnictwo w Programie.

**1. Który raz w obecnym roku kalendarzowym dziecko, które znajduje się pod Pani/Pana opieką uczestniczyło w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn.: „WSPARCIE NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI Z TERENU POWIATU GARWOLIŃSKIEGO I KOZIENICKIEGO” lub innym tożsamym finansowanym ze środków publicznych (np. NFZ, jednostki samorządu terytorialnego)? (*zakreśl odpowiednią cyfrę*).**

1 2 3 4

**2. Czy Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?**

Tak Nie

**3. W skali od 1 do 5 oceń personel pracujący przy realizacji Programu (*zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą*).**

1 2 3 4 5

**4. W skali od 1 do 5 oceń organizację Programu (*zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą*).**

1 2 3 4 5

**5. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (*zaznacz jedną odpowiedź*)?**

podmiotu leczniczego; Internetu; znajomych/innych rodziców; ulotki/plakatu

inne (jakie?) ……………………………………………….

**6. Czy Pani/Pana zdaniem stan zdrowia dziecka uczestniczącego w programie zauważalnie poprawił się po świadczeniach udzielonych w ramach Programu?**

Tak Nie

**7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?**

Tak Nie

**8. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakiejś zmiany w organizacji Programu? Jeśli tak to jakie?**

Tak Nie

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!