

Przegląd pilnej opieki – opinie pacjentów

Państwowa służba zdrowia NHS w Liverpoolu przeprowadza obecnie przegląd sposobu, w jaki pacjenci są w stanie uzyskać poradę zdrowotną lub leczenie natychmiast lub tego samego dnia, czyli opieki zdrowotnej udzielanej w trybie pilnym. Chcielibyśmy zapoznać się z opiniami osób mieszkających w Liverpoolu na temat tego, jak uzyskują pomoc tego rodzaju obecnie oraz jak można ją poprawić. Prosimy o wypełnienie niniejszego kwestionariusza, aby przedstawić nam swoje opinie na temat opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego dla osób we wszystkich grupach wiekowych.

O ile nie zaznaczono inaczej, można wybrać dowolną liczbę odpowiedzi, w zależności od własnych preferencji. Jeżeli nie jest Pan/Pani pewien/pewna lub nie ma zdania na dany temat, proszę przejść do kolejnego pytania.

Nie łączymy podanych informacji z żadnymi danymi, które mogą identyfikować pacjentów. Jeśli chciał(a)by Pan/Pani podać nam swoje dane kontaktowe, aby można było przekazać aktualizacje w sprawie tej ankiety oraz inne wiadomości z lokalnej służby zdrowia (NHS), można zapisać się do biuletynu informacyjnego na naszej stronie internetowej. Pana/Pani dane będą traktowane poufnie i przechowywane zgodnie z ustawą o ochronie danych oraz Zawiadomieniu o ochronie prywatności NHS Liverpool CCG, które znajduje się również na naszej stronie internetowej:

www.liverpoolccg.nhs.uk

1. Proszę zaznaczyć odpowiednią opcję (można zaznaczyć dowolną liczbę opcji)

- A Mieszkam w Liverpoolu.
- B Mieszkam poza Liverpoolem, ale pracuję, lub spędzam czas w tym mieście.
- C Studiuję w Liverpoolu.
- D Pracuję w NHS.
- E Cierpię na przewlekłą chorobę (dolegliwość fizyczna).
- F Cierpię na chorobę umysłową.
- G Choruję na raka.
- H Jestem rodzicem lub opiekunem dziecka poniżej 18. roku życia.
- I Opiekuję się inną osobą dorosłą.
- J Nie chcę udzielać odpowiedzi.
- K Inne (proszę określić): _____

2. Proszę podać swój kod pocztowy:

3. Z poniższej listy usług NHS proszę zaznaczyć te, o których Pan/Pani słyisał(a) oraz z których Pan/Pani korzystał(a) w Liverpoolu

	<u>Słyszałem(am)</u> o tej usłudze	<u>Korzystałem(am)</u> z tej usługi
Szpitalny oddział ratunkowy w The Royal Liverpool Hospital	A <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
Szpitalny oddział ratunkowy w Aintree Hospital	B <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Szpitalny oddział ratunkowy w Alder Hey Hospital	C <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Linia telefoniczna NHS 111	D <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
Usługa NHS 111 online	E <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>
Przychodnia w centrum miasta	F <input type="checkbox"/>	Q <input type="checkbox"/>
Przychodnia w południowym Liverpoolu (Garston)	G <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>
Przychodnia w Old Swan	H <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>
Przychodnia pediatryczna na ulicy Smithdown Road	I <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>
Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu (GP)	J <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>
Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu, czynna poza typowymi godzinami pracy	K <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Przychodnia pierwszego kontaktu, czynna wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnią, z uwzględnieniem wizyt umawianych telefonicznie)	L <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>
Apteka	M <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>
Pogotowie – numer 999	N <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
Linia pomocy dla pacjentów cierpiących na nowotwory	O <input type="checkbox"/>	Z <input type="checkbox"/>

4. Jeżeli potrzebował(a)by Pan/Pani (osoba dorosła) pomocy medycznej w tym samym dniu, z wyłączeniem poważnych urazów i zagrożenia życia, gdzie udał(a)by się Pan/Pani po pomoc? Proszę zaznaczyć wszystkie stosowne opcje.

- A Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu, w której jestem zarejestrowany(a)
- B Przychodnia pierwszego kontaktu, czynna wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnią, z wyłączeniem wizyt umawianych telefonicznie)
- C Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu, czynna poza typowymi godzinami pracy (wizyty umawiane telefonicznie, po godzinach pracy przychodni)
- D Lokalna apteka
- E Telefon pod numer NHS 111
- F Usługa NHS 111 online
- G Przychodnia Garston
- H Przychodnia Old Swan
- I Przychodnia City Centre
- J Szpitalny oddział ratunkowy Aintree
- K Szpitalny oddział ratunkowy The Royal
- L Pogotowie – numer 999
- M Organizacja wolontariacka, środowiskowa lub charytatywna
- N Linia pomocy dla pacjentów cierpiących na nowotwory

- O Nie wiem, gdzie należy się udać.
 P Inne (proszę określić): _____

5. Dlaczego skorzystał(a)by Pan/Pani z tych usług? Proszę zaznaczyć wszystkie stosowne opcje.

- A W swojej przychodni nie był(a)bym w stanie uzyskać wizyty w tym samym dniu.
 B Nie udałooby mi się połączyć telefonicznie z recepcją.
 C Myślę, że tak byłoby szybciej.
 D Placówka jest czynna w godzinach, w których potrzebował(a)bym skorzystać z pomocy.
 E Wolę wizytę u swojego lekarza pierwszego kontaktu/personelu pielęgniarskiego.
 F Wolę wizyty w przychodniach niewymagających umawiania się na wizyty.
 G Łatwo jest mi się tam dostać.
 H Nie chcę zwracać głowy lekarzowi pierwszego kontaktu.
 I Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu byłaby już zamknięta.
 J Nie jestem zarejestrowany(a) u lekarza pierwszego kontaktu w Liverpoolu.
 K Chciał(a)bym spotkać się z kimś od razu, kto będzie w stanie na miejscu zdiagnozować problem i rozpocząć leczenie natychmiast.
 L Łatwiej jest tam uzyskać wizytę, skorzystać z leczenia i odebrać leki.
 M Nie wiem, gdzie jeszcze mogę się udać.
 N Korzystam z leczenia onkologicznego i chcę otrzymać specjalistyczną pomoc.
 O Chciał(a)bym skorzystać z pomocy osoby o odpowiednich umiejętnościach.
 P Placówka posiada potrzebne dla mnie usługi/udogodnienia (np. rentgen/leki na receptę).
 Q Nie wiem.
 R Inne (proszę określić): _____

6. Co Pan/Pani sądzi o usługach służby zdrowia, umożliwiających uzyskanie pomocy w tym samym dniu? Proszę zaznaczyć swoją opinię obok podanych niżej zdań.

	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Nie wiem
Łatwo jest się dowiedzieć, gdzie można się udać, aby otrzymać pomoc medyczną w tym samym dniu.	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Łatwo jest uzyskać wizytę w tym samym dniu.	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
W mojej okolicy jest łatwo uzyskać pomoc medyczną w tym samym dniu.	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
Łatwo jest uzyskać pomoc przez telefon.	J <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
Wiem, jakie opcje pomocy dostępne są o każdej porze dnia oraz w nocy.	M <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>

7. W poniższym polu proszę przedstawić wszelkie dodatkowe uwagi na temat usług służby zdrowia umożliwiających uzyskanie pomocy w tym samym dniu w Liverpoolu.

8. Chcielibyśmy uzyskać informacje na temat Pana/Pani doświadczeń związanych z sytuacją, kiedy potrzebował(a) Pan/Pani pomocy medycznej w tym samym dniu. Najpierw proszę zaznaczyć usługę, której dotyczy Pana/Pani doświadczenie.

- A Szpitalny oddział ratunkowy w The Royal Liverpool Hospital
- B Szpitalny oddział ratunkowy w Aintree Hospital
- C Szpitalny oddział ratunkowy w Alder Hey Hospital
- D Linia pomocy NHS 111
- E Usługa NHS 111 online
- F Przychodnia w centrum miasta
- G Przychodnia w południowym Liverpoolu (Garston)
- H Przychodnia w Old Swan
- I Przychodnia pediatryczna na ulicy Smithdown Road
- J Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu
- K Przychodnia lekarzy pierwszego kontaktu, czynna poza typowymi godzinami pracy
- L Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnią)
- M Apteka
- N Pogotowie – numer 999
- O Linia pomocy dla pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe
- P Inna usługa/placówka

9. Jak ocenia Pan/Pani swoje doświadczenie? Proszę zaznaczyć wszystkie stosowne opcje.

- A Było blisko do domu / do pracy.
- B Łatwo było tam się dostać (dobre połączenia komunikacji publicznej / parking).
- C Trudno było tam się dostać.
- D Miejsce spełniło potrzebę dotyczącą porady / testów / leczenia.
- E Trzeba było długo oczekiwać na leczenie.
- F Musiałem(am) udać się w inne miejsce, aby przeprowadzić testy / otrzymać leczenie.
- G Wyszedłem/wyszłam przed wizytą.
- H Otrzymaliśmy poradę, aby udać się w inne miejsce w celu przeprowadzenia testów / otrzymania leczenia, ale nigdy tego nie zrobiłem(am).

- I Szybko otrzymałem(am) niezbędne leczenie.
- J Personel był pomocny.
- K Otrzymał(a)bym leczenie na lepszym poziomie w innym miejscu.
- L Ponieważ cierpię na chorobę nowotworową, obawiałem(am) się ryzyka infekcji.
- M Nie skorzystam z tej przychodni/usługi ponownie.
- N Cierpię na przewlekłą chorobę, a ta przychodnia/usługa nie była pomocna.
- O Inne (proszę określić): _____

Opieka zdrowotna w trybie pilnym dotycząca zdrowia psychicznego

10. Jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani znajomy potrzebował opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego w tym samym dniu, z jakich poniższych usług byłby/byłaby Pan/Pani skłonny(a) skorzystać lub udać się do wskazanej placówki? Proszę zaznaczyć swoje preferencje poniżej:

	Skorzystał(a)bym	Nie skorzystał(a)bym
Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu w tym samym dniu	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnią, z uwzględnieniem wizyt umawianych telefonicznie)	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Lekarz pierwszego kontaktu poza typowymi godzinami pracy (wizyta umawiana telefonicznie lub wizyta domowa po godzinach pracy przychodni)	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Lokalna apteka	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Środowiskowy zespół ds. zdrowia psychicznego	I <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>
Lokalna organizacja charytatywna lub wolontariacka	K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
Telefon pod numer NHS 111	M <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Usługa NHS 111 online	O <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>
Przyjście do przychodni i oczekiwanie w lokalnej placówce służby zdrowia	Q <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>
Szpitalny oddział ratunkowy Aintree	S <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>
Szpitalny oddział ratunkowy The Royal	U <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Całodobowa linia telefoniczna, udzielająca wsparcia dla osób cierpiących na choroby psychiczne	W <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>
Bezpieczna całodobowa przychodnia	Y <input type="checkbox"/>	Z <input type="checkbox"/>
CAMHS (Wydział ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży)	AA <input type="checkbox"/>	BB <input type="checkbox"/>
Grupa wsparcia rówieśników	CC <input type="checkbox"/>	DD <input type="checkbox"/>
Organizacja Liverpool Light	EE <input type="checkbox"/>	FF <input type="checkbox"/>

11. Jeżeli Pan/Pani lub bliska Panu/Pani osoba kiedykolwiek próbowała skorzystać z opieki zdrowotnej w trybie pilnym, aby uzyskać problem ze zdrowiem psychicznym, chcielibyśmy uzyskać więcej informacji o tym doświadczeniu. Proszę opisać zdarzenie w poniższym polu i skorzystać z podanych pytań jako wskazówek.

- Czy otrzymał(a) Pan/Pani poradę / leczenie / wymaganą pomoc?
- Czy czuł(a) Pan/Pani się tam komfortowo? Czy personel był wyczulony na Pana/Pani potrzeby? Czy był przeszkolony w zakresie zdrowia psychicznego?
- Jak łatwo Pana/Pani zdaniem było uzyskać dostęp do tej usługi?

Jeżeli powyższe pytania Pana/Pani nie dotyczą, poniższe pole należy pozostawić puste.

12. Z jakich usług Pan/Pani skorzystał(a)

- A Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu w tym samym dniu
 - B Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnię, z uwzględnieniem wizyt umawianych telefonicznie)
 - C Lekarz pierwszego kontaktu poza typowymi godzinami pracy (wizyta umawiana telefonicznie lub wizyta domowa po godzinach pracy przychodni)
 - D Lokalna apteka
 - E Środowiskowy zespół ds. zdrowia psychicznego
 - F Lokalna organizacja charytatywna lub wolontariacka
 - G Telefon pod numer NHS 111
 - H Usługa NHS 111 online
 - I Przyszedłem/przyszłam do przychodni i czekałem(am) w lokalnej placówce służby zdrowia
 - J Szpitalny oddział ratunkowy Aintree
 - K Szpitalny oddział ratunkowy The Royal
 - L Całodobowa linia telefoniczna, udzielająca wsparcia dla osób cierpiących na choroby psychiczne
 - M Bezpieczna całodobowa przychodnia
 - N CAMHS (Wydział ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży)
 - O Grupa wsparcia rówieśników
 - P Inne:
 - Q
-

Opieka zdrowotna dla dzieci w trybie pilnym

13. Z których usług skorzystał(a)by Pan/Pani, aby otrzymać opiekę dla dziecka w trybie pilnym w Liverpoolu? Proszę zaznaczyć wszystkie stosowne opcje.

- A Nie dotyczy – nie korzystałem(am) z opieki zdrowotnej dla dzieci w trybie pilnym.
- B Lekarz pierwszego kontaktu (GP)
- C Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnią, z wyłączeniem wizyt umawianych telefonicznie)
- D Lekarz pierwszego kontaktu poza typowymi godzinami pracy (wizyta umawiana telefonicznie lub wizyta domowa po godzinach pracy przychodni)
- E Lokalna apteka (w celu innym niż odebranie leków na receptę)
- F Telefon pod numer NHS 111
- G Usługa NHS 111 online
- H Przychodnia Garston
- I Przychodnia Old Swan
- J Przychodnia City Centre
- K Przychodnia Smithdown Children’s Walk-in Centre
- L Szpitalny oddział ratunkowy Aintree
- M Szpitalny oddział ratunkowy The Royal
- N Szpitalny oddział ratunkowy Alder Hey
- O Telefon pod numer 999/wezwanie karetki
- P Inne (proszę określić): _____

14. Proszę opisać swoje doświadczenia z ostatniej wizyty, kiedy potrzebował(a) Pan/Pani skorzystać z opieki w trybie pilnym dla dziecka. Gdzie się Pan/Pani udał(a)?

- | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| A <input type="checkbox"/> | Lekarz pierwszego kontaktu (GP) | G <input type="checkbox"/> | Przychodnia Garston |
| B <input type="checkbox"/> | Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu wieczorem lub w weekend (poza swoją przychodnią, z wyłączeniem wizyt umawianych telefonicznie) | H <input type="checkbox"/> | Przychodnia Old Swan |
| C <input type="checkbox"/> | Lekarz pierwszego kontaktu poza typowymi godzinami pracy (wizyta umawiana telefonicznie lub wizyta domowa po godzinach pracy przychodni) | I <input type="checkbox"/> | Przychodnia City Centre |
| D <input type="checkbox"/> | Lokalna apteka (w celu innym niż odebranie leków na receptę) | J <input type="checkbox"/> | Przychodnia pediatryczna Smithdown Children’s Walk-in Centre |
| E <input type="checkbox"/> | Telefon pod numer NHS 111 | K <input type="checkbox"/> | Szpitalny oddział ratunkowy Aintree |
| F <input type="checkbox"/> | Usługa NHS 111 online | L <input type="checkbox"/> | Szpitalny oddział ratunkowy The Royal |
| | | K <input type="checkbox"/> | Szpitalny oddział ratunkowy Alder Hey |
| | | L <input type="checkbox"/> | Telefon pod numer 999/wezwanie karetki |

15. Jak wyglądało Pana/Pani doświadczenie? Proszę zaznaczyć wszystkie stosowne opcje.

- A Było blisko do domu / do pracy.
- B Łatwo było tam się dostać (dobre połączenia komunikacji publicznej / parking).
- C Trudno było tam się dostać.
- D Miejsce spełniło potrzebę dotyczącą porady / testów / leczenia.
- E Mimo wszystko i tak trzeba było udać się w inne miejsce, aby przeprowadzić testy / otrzymać leczenie.
- F Otrzymałem(am) poradę, aby udać się w inne miejsce w celu przeprowadzenia testów / otrzymania leczenia, jednak tego nie zrobiłem(am).
- G Personel był pomocny.
- H Dziecko szybko otrzymało niezbędne leczenie.
- I Dostępny był tam specjalista dla mojego dziecka.
- J Nie było tam specjalisty pediatry.
- K Dziecko otrzymałoby leczenie na lepszym poziomie w innym miejscu.
- L Trzeba było długo oczekiwać na leczenie.
- M Wyszedłem/wyszłam z dzieckiem przed wizytą.
- N Moje dziecko cierpi na zdiagnozowaną chorobę, a ta przychodnia/usługa nie była pomocna.
- O Nie skorzystam z tej przychodni/usługi ponownie, aby uzyskać pomoc dla dziecka.
- P Nie pamiętam.
- Inne (proszę określić): _____

Pozostałe uwagi:

16. Proszę określić, jak istotne są dla Pana/Pani poniższe kwestie:

	Bardzo istotne	Mniej istotne	W ogóle nieistotne
Możliwość umówienia się na spotkanie na późniejszą godzinę w danym dniu/wieczorem	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Możliwość wejścia i zaczekania na wizytę	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Przychodnia blisko domu	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
Wczesne/późne godziny pracy	J <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
Całodobowy dostęp do służby zdrowia	M <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
Możliwość wizyty u własnego lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty opieki zdrowotnej	P <input type="checkbox"/>	Q <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>
Dostępność specjalistów	S <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>
Przychodnia/usługi dostępne wyłącznie dla dzieci	V <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>
Przychodnia/usługi specjalizujące się w zdrowiu psychicznym	Y <input type="checkbox"/>	Z <input type="checkbox"/>	AA <input type="checkbox"/>
Krótki czas oczekiwania	BB <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	DD <input type="checkbox"/>
Posiadanie opcji alternatywnej od wizyty na ostrym dyżurze	EE <input type="checkbox"/>	FF <input type="checkbox"/>	GG <input type="checkbox"/>
Wykonanie testów i otrzymanie leczenia w tym samym terminie	HH <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	JJ <input type="checkbox"/>
Dostępność porad telefonicznych	KK <input type="checkbox"/>	LL <input type="checkbox"/>	MM <input type="checkbox"/>

17. Jeżeli chciał(a)by się Pan/Pani podzielić jakimikolwiek Pana/Pani zdaniem istotnym informacjami na temat opieki zdrowotnej w trybie pilnym, która jest świadczona w Liverpoolu, proszę skorzystać z pola poniżej.

18. Jak dowiedział(a) się Pan/Pani o tej ankiecie?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Poczta elektroniczna | Mencap | Ośrodek Deysbrook Village Centre |
| Wolontariusz CCG | Kaalmo | Rada osiedlowa Breckfield North |
| Bezpośrednio od CCG | Chinese Wellbeing | Everton Neighbourhood Council |
| Zespół Social Inclusion Team | This is My Story | Emmanuel Westly Foundation |
| Od pracodawcy | Women Reach Women | Merseyside Society for Deaf People |
| Facebook | Genie in the Gutter | Refugee Women Connect |
| Twitter | Teatr Valley Community Theatre | |
| Brain Charity | Rotunda | |
| Faiths4Change | Praxis | |

Inne źródło: _____

Informacje o sobie

Poniższe pytania dotyczą Pana/Pani danych osobowych. Można zakończyć podawanie informacji w tym miejscu. Podanie wszystkich lub niektórych informacji byłoby jednak bardzo pomocne. Żadne pytanie nie jest obowiązkowe.

Nie łączymy podanych informacji z żadnymi danymi, które mogą identyfikować pacjentów. Jeśli chciał(a)by Pan/Pani podać nam swoje dane kontaktowe, aby można było przekazać aktualizacje w sprawie tej ankiety oraz inne wiadomości z lokalnej służby zdrowia (NHS), można zapisać się do biuletynu informacyjnego na naszej stronie internetowej: www.liverpoolccg.nhs.uk.

19. Proszę podać swój przedział wiekowy

- poniżej 18 18-25 26-44 45-64 65-75 75+

20. Proszę podać swoją płeć:

- Mężczyzna Kobieta Inna (proszę określić) _____

21. Czy Pana/Pani aktualna tożsamość płciowa jest taka sama jak określona przy narodzinach?

- Tak Nie

22. Z jaką grupą etniczną się Pan/Pani identyfikuje?

Azjatycka lub azjatycka brytyjska

- A bangladeska
B indyjska
C pakistańska
D inna azjatycka grupa etniczna

Czarnoskóra lub czarnoskóra brytyjska

- E afrykańska
F karaibska
G inna czarnoskóra grupa etniczna

Chińska

- H chińska
I inna chińska grupa etniczna

Mieszana

- J biała i czarna karaibska
K biała i czarna afrykańska
L biała i azjatycka
M inna mieszana grupa etniczna

- N inna

Inna grupa etniczna

- O arabska
P latynoamerykańska
Q inna

Biała

- R brytyjska
S irlandzka
T polska
U łotewska
V cygańska/lud wędrowny
W inna
X nie podano powyżej (proszę opisać):

23. Czy uważa się Pan/Pani za osobę niepełnosprawną?

- Tak Nie

W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi, jeżeli sobie tego Pan/Pani życzy, proszę opisać swoją niepełnosprawność:

24. Z jaką orientacją seksualną się Pan/Pani identyfikuje?

- A Biseksualna C Homoseksualna E Inna (proszę opisać):
B Heteroseksualna D Nie jestem pewien/pewna _____

25. Jakiego jest Pan/Pani wyznania?

- A Buddyzm F Sikhizm
B Chrześcijaństwo G Brak wyznania
C Hinduizm H Inne (proszę określić):
D Judaizm I _____
E Islam
-

Dziękujemy za wypełnienie tej ankiety. Jeżeli życzy sobie Pan/Pani dodać jakiegokolwiek informacje lub zadać jakiegokolwiek pytania dotyczące tej ankiety lub chciał(a)by Pan/Pani uczestniczyć w jednym z naszych publicznych spotkań, proszę wysłać wiadomość e-mail do zespołu kontaktowego (Engagement Team) na adres involvement@liverpoolccg.nhs.uk, zadzwonić do nas pod numer 0151 296 7537 lub wysłać wiadomość SMS pod numer 07920 206386.