

## Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni. Formularz zawiera jedynie 14 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

### NASZA SKALA:

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**O01:** W jaki sposób zapisałeś się do poradni?

w placówce  telefonicznie  email  elektronicznie przez stronę placówki

**A01:** Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**A02:** Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**A03:** Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**B01:** Jak oceniasz zaangażowanie lekarza podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**B02:** Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**B03:** Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów profilaktycznych, szczepień ochronnych, wykonania badań okresowych lub zmiany nawyków na zdrowsze?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**C01:** Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**D03:** Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**D02:** Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**E01:** Jak oceniasz respektowanie praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb przez personel medyczny?

Bardzo źle 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Bardzo dobrze

**F01:** Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie NIE POLECAM 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Zdecydowanie POLECAM

**G01: Płeć pacjenta:**

Kobieta

Mężczyzna

**G02: Wiek pacjenta:**

Poniżej 18 lat  18-39 lat  40 -59 lat  60 -79 lat  Powyżej 80 lat

**U01: UWAGI:**



Ministerstwo  
Zdrowia