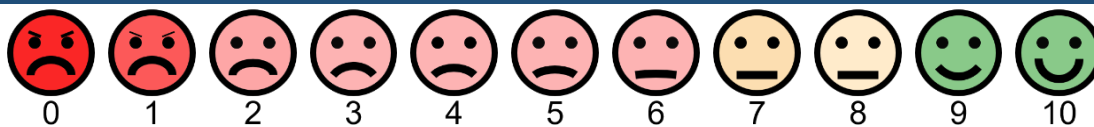


Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki (opieka pediatryczna). Formularz zawiera jedynie 15 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.



Nasza skala:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O01: W jaki sposób zapisałeś dziecko na wizytę?

w placówce telefonicznie email elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania 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 dziecka?

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 zdrowotnych, wykonania bilansów okresowych i szczepień ochronnych?

Bardzo źLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

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

Bardzo źLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

C02: Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza i pozostały personel medyczny potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji?

Bardzo źLE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo DOBRZE

D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowania placówki do potrzeb dziecka)?

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, w kącie dla małego pacjenta?

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 dziecka 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 roku 1-3 lat 4-6 lat 7-14 lat 15-18 lat

U01: Uwagi:

