

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni. Formularz zawiera jedynie 12 pytań, a czas wypełnienia to 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 w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

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