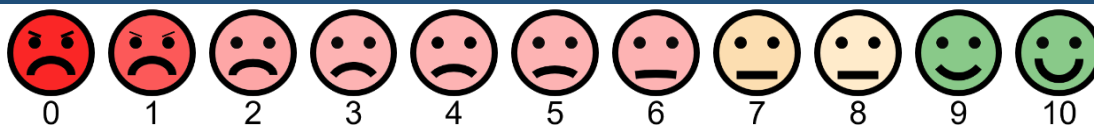


Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 12 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.



Nasza skala:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

O01: W jaki sposób zapisałeś 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 przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

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 80 lat lub więcej

U01: Uwagi:

