

ANKIETA OPINI PACJENTA

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. Na rewersie ankiety można dodać indywidualnie sprecyzowane uwagi.

Skala odpowiedzi ankietowej: **ŹLE** ♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10 **DOBRZE**

PODSTAWOWA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

AMBILATORYJNA OPIEKA

SPECJALISTYCZNA OPIEKA REHABILITACYJNA

O01: W jaki sposób zapisze się do poradni?

♦ w placówce ♦ telefonicznie ♦ email ♦ elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

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

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

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

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

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

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

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

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

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

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

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

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

G01: Płeć pacjenta: ♦ Kobieta ♦ Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta:

♦ Poniżej 18 lat ♦ 18-39 lat ♦ 40-59 lat ♦ 60-79 lat ♦ 80 lat lub więcej