

Szanowni Państwo!

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Zapewniamy, że ankieta jest anonimowa, a jej wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do podniesienia standardu oferowanych usług. Będziemy Państwu bardzo wdzięczni za odpowiedź na poniższe pytania.

WIEK: ____ PŁEĆ: K / M WYKSZTAŁCENIE: PODSTAWOWE ZAWODOWE ŚREDNIE WYŻSZE

Prosimy o zaznaczenie wybranej odpowiedzi poprzez postawienie znaku X.

Jak Pan/Pani ocenia poziom obsługi Rejestracji?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Możliwość połączenia telefonicznego z Przychodnią				
Sprawność obsługi				
Uzyskanie wyczerpującej informacji				
Uprzejmość i troska o pacjenta w trakcie rozmowy				

Jak Pan/Pani ocenia poziom świadczeń udzielanych przez personel lekarski?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Czas oczekiwania na przyjęcie do gabinetu				
Troska i życzliwość dla pacjenta				
Sprawność obsługi				
Udzielanie zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia/sposobie leczenia (możliwość współuczestniczenia pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych)				
Realizacja świadczenia zdrowotnego z poszanowaniem godności osobistej				
Zapewnienie warunków prywatności i nieskrępowania podczas wizyty				

Czy obecność i asystowanie przy wizycie/badaniu osób trzecich (członków rodziny, osób bliskich, pracowników, studentów, stażystów itp. miało miejsce po uzyskaniu zgody Pacjenta?

TAK NIE NIE DOTYCZY

Czy podczas składania deklaracji wyboru został Pan/Pani poinformowana o możliwości skorzystania z wizyt domowych lub braku takiej możliwości w przypadku zamieszkania w miejscu zbyt oddalonym od siedzimy Olmed

TAK NIE NIE PAMIĘTAM

Jak ocenia Pan/Pani poziom świadczeń zdrowotnych w formie wizyty domowej?

BARDZO DOBRZE DOBRZE ŹLE NIE KORZYSTAŁEM

Jak ocenia Pan/Pani pracę pielęgniarki/położnej?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Czas oczekiwania na zabieg, badanie przed gabinetem zabiegowym (np. zastrzyk)				
Stosunek do pacjenta (troska i życzliwość wobec pacjenta)				
Udzielanie zrozumiałej i wyczerpującej informacji				
Sprawność obsługi				
Realizacja świadczenia zdrowotnego z poszanowaniem godności osobistej				
Zapewnienie podczas wykonywania zabiegów warunków prywatności i nieskrępowania				

Jak ocenia Pan/Pani naszą Przychodnię pod względem następujących aspektów:

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Godziny funkcjonowania przychodni				
Warunki lokalowe (np. wystarczająca przestrzeń, wyposażenie gabinetów, czystość pomieszczeń, estetyka)				
Oznakowanie przychodni (tablica informacyjna, oznakowanie gabinetów)				
Wystrój i czystość				

Data wypełnienia:

Inne uwagi i spostrzeżenia dotyczące organizacji pracy oraz jakości świadczonych usług przez Przychodnię.

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania!