

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 Pani/Pan ocenia poziom telefonicznej obsługi Rejestracji?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Możliwość połączenia telefonicznego z Przychodnią				
Kompetentna informacja (możliwość uzyskania wyczerpującej informacji)				
Uprzejmość i troska o pacjenta w trakcie rozmowy				

Jak Pani/Pan ocenia poziom obsługi w Rejestracji?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Sprawność obsługi				
Troska o pacjenta w trakcie rozmowy (indywidualne podejście do pacjenta, zrozumiałe przekazanie informacji)				
Kompetentna informacja (możliwość uzyskania wyczerpującej informacji)				

Jak Pani/Pan 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 informacji o sposobie przeprowadzenia badania/leczenia, przeciwwskazaniach do badania/leczenia, możliwych skutkach ubocznych				
Możliwość współuczestniczenia pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych				
Personel medyczny zapewnia pacjentom opiekę z poszanowaniem godności osobistej				
Personel medyczny podczas wizyty, badania i wykonywania zabiegów zapewnia warunki prywatności i nieskrępowania				

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

Jak ocenia Pani/Pan 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)				
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji o przeprowadzonym zabiegu)				
Sprawność obsługi				
Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty				

Jak ocenia Pani/Pan czynności pielęgniarstwa wykonywane w domu pacjenta (np. pobieranie krwi, wykonywane iniekcje)?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Stosunek do pacjenta (troska i życzliwość wobec pacjenta)				
Zainteresowanie zdrowiem i warunkami bytowymi pacjenta				
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji o przeprowadzonym zabiegu)				

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

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
Godziny otwarcia Przychodni i pracy Rejestracji				
Warunki w poczekalni (np. wystarczająca przestrzeń, miejsca do siedzenia, czystość)				
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!