

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.

Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni (opieka pediatryczna). Formularz zawiera jedynie 15 pytań, a czas wypełnienia zajmie 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 dziecko na wizytę?

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 podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego dziecka?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

B02: Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

B03: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów zdrowotnych, wykonania bilansów okresowych i szczepień ochronnych?

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

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

Bardzo źle 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Bardzo dobrze

C02: Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza i pozostały personel medyczny potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji?

Bardzo źle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo dobrze

D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowania placówki do potrzeb dziecka)?

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, w kącie dla małego pacjenta?

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 dziecka 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 roku ☐ 1-3 lat ☐ 4-6 lat ☐ 7-14 lat ☐ 15-18 lat ☐

U01: UWAGI:



Ministerstwo
Zdrowia