

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.

Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni.

Formularz zawiera jedynie 12 pytań, a czas wypełnienia to 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 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 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 praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb 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 18 lat ☐ 18-39 lat ☐ 40 -59 lat ☐ 60 -79 lat ☐ Powyżej 80 lat ☐

U01: UWAGI:



Ministerstwo
Zdrowia