

## DOTYCZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

NAPISZ CO O NAS MYŚLISZ ABYŚMY MOGLI STAĆ SIĘ JESZCZE LEPSI

**DZIĘKUJEMY!**

**Instrukcja obsługi ankiety:**

Odpowiadając na poniższe pytania, proszę wstawić znak **X** do odpowiedniej kratki obok wybranej odpowiedzi.

**1. Czy miał Pan/Pani możliwość zarejestrowania się do przychodni telefonicznie**

TAK  NIE

**2. Jak Pan/Pani ocenia rejestrację telefoniczną pod względem dostępności do niej**

Bardzo dobrze  Dobrze  Przeciętnie  Żle

**3. Jak ocenia Pan/Pani sprawność pracy osoby rejestrującej**

Bardzo dobrze  Dobrze  Przeciętnie  Żle

**4. Jak ocenia Pan/Pani uprzejmość osoby rejestrującej**

Bardzo uprzejma  Uprzejma  Raczej uprzejma  Nieuprzejma  Bardzo nieuprzejma

**5. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie rejestratorki w wykonywanie obowiązków – czy zajmowała się Panem/Panią**

Bardzo dobrze  Dobrze  Przeciętnie  Żle  Bardzo źle

**6. Jak długo czekał/a Pan/Pani na wizytę u lekarza POZ przed gabinetem lekarskim**

Do 10 minut  11-30 minut  31-60 minut  60 – 2 godzin  powyżej 2 godzin

**7. Proszę ocenić warunki panujące w poczekalni (miejsca do siedzenia, czystość, estetyka)**

Bardzo dobre  Dobre  Przeciętne  Złe  Bardzo złe

**8. Czy w trakcie wizyty / badania lekarz POZ:**

	TAK	NIE	Nie było takiej potrzeby
Dał Panu/Pani możliwość opowiedzenia o swoich dolegliwościach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słuchał Pana/Pani uważnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zbadał Pana/Panią dokładnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapewnił Panu/Pani intymność podczas badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mówił w sposób zrozumiały	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjaśnił Panu/Pani sposób zażywania leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjaśnił Panu/Pani sposób przeprowadzenia badań planowanych, dodatkowych, konsultacji, zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dał Panu/Pani możliwość współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Dziękujemy za poświęcenie nam swojego cennego czasu!!!*

**9. Jak Pan/Pani ocenia informacje o własnym stanie zdrowia przekazane przez lekarza POZ podczas wizyty.**

Zrozumiała  Nie w pełni zrozumiała  Nie rozumiała  Brak informacji

**10. Jak ocenia Pan/Pani uprzejmość lekarza POZ**

Bardzo uprzejmy  Uprzejmy  Raczej uprzejmy  Nieuprzejmy  Bardzo nieuprzejmy

**11. Czy wiedział/-a Pan/Pani o możliwości realizacji wizyt domowych?**

TAK  NIE

**12. Czy podczas ostatniej wizyty miał Pan/Pani kontakt z pielęgniarką**

TAK Jeśli odpowiedział Pan/Pani TAK to proszę przejść do pytań 13, 14 i 15  
 NIE Jeśli odpowiedział Pan/Pani NIE to proszę przejść do pytania 16 i kolejnych

**13. Czy pielęgniarka zapewniła Panu / Pani intymność podczas wizyty w gabinecie zabiegowym?**

TAK  NIE  Nie było takiej potrzeby

**14. Proszę ocenić sprawność pielęgniarki**

Bardzo sprawna  Sprawna  Dość sprawna  Nieporadna  Bardzo nieporadna

**15. Proszę ocenić uprzejmość pielęgniarki**

Bardzo uprzejma  Uprzejma  Raczej uprzejma  Nieuprzejma  Bardzo nieuprzejma

**16. Czy w czasie badania / zabiegu przebywały osoby trzecie?**

NIE  Tak za moją zgodą  Tak bez mojej zgody

**17. Czy podczas wizyt w przychodni personel respektował Pana/Pani godność osobistą bez względu na Pana/Pani stan zdrowia, przekonania i sytuację ekonomiczną?**

TAK  NIE  Nie wiem

**METRYCZKA**

**18. Płeć**

Kobieta  Mężczyzna

**19. Przedział wiekowy**

20 – 40 lat  41 – 50 lat  51 – 60 lat  61 – 70 lat  powyżej 70 lat

**20. Wykształcenie**

podstawowe  średnie  zasadnicze zawodowe  wyższe

**21. Uwagi**

.....  
.....  
.....

**22. Kiedy ostatnio był(a) Pan / Pani z wizytą w przychodni?**

w ciągu ostatniego tygodnia  
 miesiąc temu  
 ponad miesiąc temu

*Dziękujemy za poświęcenie nam swojego cennego czasu!!!*