

ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTA

Personel „Kleszczowskiej Przychodni Salus” zwraca się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety.

Gwarantujemy pełną anonimowość.

Wyniki ankiety posłużą nam do poprawy jakości opieki i obsługi w Przychodni.

Informacje ogólne:

Ile razy w ciągu roku korzysta Pan/i z usług Przychodni:

1. lekarz/pielęgniarka/położna POZ, tj. pierwszego kontaktu _____
2. lekarz specjalista _____
3. gabinet zabiegowy/punkt szczepień _____
4. laboratorium _____

Prosimy o zaznaczenie wybranej odpowiedzi poprzez postawienie znaku **X**.

Płeć: kobieta mężczyzna

Wiek : _____

REJESTRACJA:

Jak ocenia Pan(i) TELEFONICZNY poziom obsługi Rejestracji?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Możliwość połączenia telefonicznego z Przychodnią	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troska o pacjenta, w tym grzeczne zachowanie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetentna i pełna informacja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi Rejestracji (na miejscu) w Przychodni?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Czas oczekiwania do rejestracji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troska o pacjenta, w tym grzeczne zachowanie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetentna i pełna informacja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OPIEKA LEKARSKA

Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w ramach porad specjalistycznych

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikatywność (wyczerpujące, zrozumiałe przekazanie informacji i zebranie wywiadu med.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wyznaczenie kolejnej wizyty, skierowanie na dalsze leczenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Punktualność wizyty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w ramach POZ

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikatywność (wyczerpujące, zrozumiałe przekazanie informacji i zebranie wywiadu med.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wyznaczenie kolejnej wizyty, skierowanie na dalsze leczenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Punktualność wizyty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OPIEKA PIELĘGNIARSKA I POŁOŻNICZA

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Czas oczekiwania na zabieg, badanie przed gabinetem (np. zastrzyk, pobranie krwi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stosunek do pacjenta (grzeczne zachowanie, życzliwość)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprawność obsługi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wyznaczenie terminu wizyty domowej, w tym patronażu (dot. położnej)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OGÓLNA OCENA KLESZCZOWSKIEJ PRZYCHODNI SALUS

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Godziny otwarcia /godziny pracy rejestracji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liczba miejsc siedzących oczekujących na wizytę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Możliwość zarejestrowania się na wizytę na określony dzień i godzinę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estetyka gabinetów/korytarza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estetka i czystość toalet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wyposażenie w sprzęt medyczny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Biorąc pod uwagę wszystkie Pana(i) wizyty w tym roku w Przychodni, proszę ogólnie ocenić Przychodnię i jej pracowników

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Lekarz POZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lekarz specjalista/poradni specjalistycznych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personel gabinetu zabiegowego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Położna POZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personel rejestracji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jakiego rodzaju świadczeń brakuje Panu(i) w Kleszczowskiej Przychodni Salus?

Odpowiedź:

Pozostałe uwagi:

Odpowiedź: