

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.  
 Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni.  
 Formularz zawiera jedynie 14 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut.  
 Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

**Wypełnioną ankietę prosimy wrzucać do skrzynki umieszczonej przy wejściu do przychodni**

NASZA SKALA



Proszę zaznaczyć odpowiedź

O01: W jaki sposób zapisałeś się do poradni?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W placówce	Telefonicznie	Email	Elektronicznie

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?											
Bardzo źle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo dobrze

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?											
Bardzo źle	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo dobrze

B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza podczas wizyty w rozwiązywanie problemu zdrowotnego?											
Bardzo źle	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	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 profilaktycznych, szczepień ochronnych, wykonania badań okresowych lub zmiany nawyków na zdrowsze?											
Bardzo źle	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 źle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo dobrze
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

**D01: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?**

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

**D02: Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni?**

Bardzo źle	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	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zdecydowanie polecam
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

**G01: Płeć pacjenta?**

Kobieta	Mężczyzna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G02: Wiek pacjenta?**

Poniżej 18 lat	18-39 lat	40-59 lat	60-79 lat	Powyżej 80 lat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**U01: UWAGI**