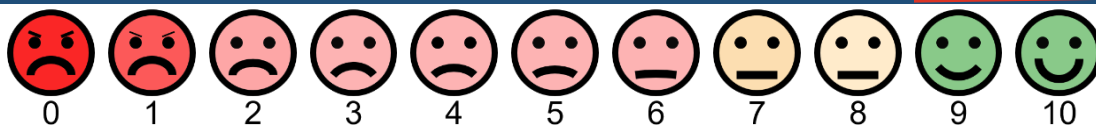


Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki (wizyta domowa). Formularz zawiera jedynie 11 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

- WIZYTA DOMOWA -



3

Nasza skala:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

O01: W jaki sposób zapisałeś się na wizytę?

w placówce telefonicznie email elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę domową?

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?

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

B05: Jak oceniasz dostępność opieki pielęgniarskiej/położnej w ramach wizyty domowej, w sytuacji gdy jest ona konieczna? (Proszę pominąć, jeśli nie dotyczy.)

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 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 80 lat lub więcej

U01: Uwagi:

