

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

NAPISZ CO O NAS MYŚLISZ ABYŚMY MOGLI STAĆ SIĘ JESZCZE LEPSI DLA CIEBIE

Instrukcja obsługi ankiety:

Odpowiadając na poniższe pytania proszę wstawić znak **X** zgodnie z wybraną odpowiedzią.

- Ile razy, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, korzystał Pan/pani z usług medycznych świadczonych przez naszą przychodnię w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)?
(lekarza rodzinnego, gabinetu zabiegowego i/ lub pielęgniarki środowiskowej)
 0-1 raz 2-5 razy 6-10 razy pow. 10 razy
- Jak Pan/ Pani ocenia możliwość rejestracji telefonicznej pod względem dostępności do niej?
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie korzystam
- Jak Pan/ Pani ocenia kompletność i rzeczowość udzielonych informacji przez pracownika rejestracji?
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle
- Jak Pan/ Pani ocenia zachowanie pracownika rejestracji?
(uprzejmość, życzliwość, uważne słuchanie)
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle
- Proszę ocenić warunki panujące w poczekalni.
(miejsca do siedzenia, czystość, estetyka)
 Bardzo dobre Dobre Przeciętne Źłe Bardzo złe
- Jak długo oczekiwał Pan/Pani na wizytę u lekarza przed gabinetem lekarskim?
 wizyta zgodnie z planem do 15 min do 30 min pow. 45 min
- Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki lekarskiej?
(uprzejmość, życzliwość, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę)
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle
- Jak Pan/Pani ocenia udzieloną informację o stanie zdrowia przez lekarza w trakcie wizyty?
 Zrozumiała Nie w pełni zrozumiała Nie zrozumiałą Brak informacji
- Czy uzyskał Pan/Pani wystarczającą wiedzę o planowanych badaniach, dodatkowych konsultacjach i leczeniu?
 TAK NIE Nie było takiej potrzeby
- Czy miał Pan/Pani możliwość wyrażenia swojej opinii/uwag w trakcie podejmowanych decyzji medycznych?
 TAK NIE Nie było takiej potrzeby
- Jak ocenia Pan/Pani dbałość lekarzy o zachowanie zasad intymności i poszanowania godności pacjenta?
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie mam zdania

***Dziękujemy za poświęcenie nam swojego cennego czasu !!!
Prosimy o pozostawienie ankiety w wyznaczonym miejscu przy Rejestracji.***

12. Jak ocenia Pan/Pani jakość wizyt domowych lekarza?
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie korzystałem/łam
13. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki pielęgniarskiej?
(uprzejmość, życzliwość, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę)
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie korzystałem/łam
14. Jak ocenia Pan/Pani staranność i jakość wykonywanych zabiegów przez pielęgniarki?
(zabiegi, iniekcje, itp.)
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie korzystałem/łam
15. Jak ocenia Pan/Pani poszanowanie intymności podczas zabiegów pielęgniarskich?
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie korzystałem/łam
16. Jak ocenia Pan/Pani jakość wizyt domowych pielęgniarki?
 Bardzo dobrze Dobrze Przeciętnie Źle Bardzo źle Nie korzystałem/łam
17. Czy obecność osób trzecich w gabinecie lekarskim, zabiegowym wystąpiła po wyrażeniu przez Pana/Panią zgody
(np. innej osoby spośród personelu medycznego, członków rodziny)?
 TAK NIE Nie było takiej potrzeby Nie pamiętam
18. Czy kontakt z pracownikami naszej przychodni pozwolił Panu/Pani uzyskać potrzebne informacje lub rozwiązać problemy?
 TAK NIE Nie było takiej potrzeby Nie pamiętam

Państwa sugestie i opinie:

.....

.....

.....

.....

Informacje socjodemograficzne:

PŁEĆ:

- kobieta
 mężczyzna

WIEK :

- do 30 lat
 31 – 50 lat
 51 – 60 lat
 61 – 70 lat
 pow. 70 lat

WYKSZTAŁCENIE :

- podstawowe
 gimnazjalne
 zasadnicze zawodowe
 średnie
 wyższe

***Dziękujemy za poświęcenie nam swojego cennego czasu !!!
 Prosimy o pozostawienie ankiety w wyznaczonym miejscu przy Rejestracji.***