

Ankieta anonimowa

Drogi Pacjencie - dążąc do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń oferowanych przez naszą Przychodnię Specjalistyczną, pragniemy poznać Państwa opinię na temat jakości aktualnie świadczonych usług.

Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do wprowadzenia zmian mających na celu eliminację ewentualnych niedociągnięć.

Wypełnienie ankiety polega na zaznaczeniu odpowiedzi, którą uważa Pani/Pan za zgodną z własnymi odczuciami.

1. Jak ocenia Pani/Pan pracę personelu w rejestracji

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

2. Jak ocenia Pani/Pan przyjęcie w poradni przez pielęgniarkę / położną

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

3. Jak ocenia Pani/Pan przyjęcie w poradni przez lekarza

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

4. Jak ocenia Pani/Pan przyjęcie w poradni przez inny personel

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

5. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do lekarza specjalisty

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

6. Jak ocenia Pani/Pan profesjonalizm i kulturę osobistą personelu lekarskiego

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

7. Jak ocenia Pani/Pan profesjonalizm i kulturę osobistą personelu pielęgniarskiego/położniczego

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

8. Jak ocenia Pani/Pan profesjonalizm i kulturę osobistą personelu inny personel

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

9. Jak ocenia Pani/Pan stan sanitarno/higieniczny Przychodni

- Bardzo źle
 - Źle
 - Dobrze
 - Bardzo dobrze
-

10. Czy miał(a) Pani/Pan możliwość wyboru lekarza specjalisty?

- TAK
 - NIE
-

11. Czy miał(a) Pani/Pan możliwość identyfikacji personelu medycznego?

- TAK
 NIE
-

12. Czy miał(a) Pani/Pan możliwość dostępu do książki skarg i wniosków?

- TAK
 NIE
-

13. Czy miał(a) Pani/Pan możliwość dostępu do Karty Praw Pacjenta?

- TAK
 NIE
-

14. Czy był(a) Pani/Pan informowany(a) o planowanym leczeniu, celowości i metodzie wykonywania zabiegów?

- TAK
 NIE
-

15. Czy w trakcie wizyty w przychodni spotkał(a) się Pani/Pan z osobą, której postępowanie w szczególności gwarantowało poczucie bezpieczeństwa, fachowości oraz komfortu?

- TAK
 NIE
-

16. Czy w trakcie wizyty w Przychodni spotkał(a) się Pani/Pan z osobą, której postępowanie spowodowało obniżenie komfortu pobytu w Przychodni?

- TAK
 NIE
-

17. Czy skorzystał(a)by Pani/Pan ponownie z naszych usług, gdyby zaszła taka konieczność?

- TAK
 NIE
-

Dodatkowe Dane:

Poradnia:

Która to Pani/Pana wizyta w Poradni

- Pierwsza
- Kolejna

Inne uwagi i wskazówki dotyczące organizacji pracy oraz jakości świadczonych usług
