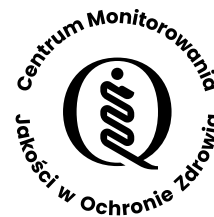


Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 25 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

O01: Wskaż poradnię, której dotyczy ocena:



O03: Podaj jeden rodzaj świadczenia, którego Ci udzielono

1. Wizyta stacjonarna (osoba dorosła) u lekarza POZ
2. Wizyta stacjonarna (dziecko) u lekarza POZ
3. Wizyta domowa lekarza POZ
4. Teleporada

O02: W jaki sposób zapisałeś się do poradni / na wizytę domową?

- w placówce telefonicznie email elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

- 1 Bardzo źle 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

- 1 Bardzo źle 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

- 1 Bardzo źle 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

A05: Jak oceniasz obowiązujące u nas godziny przyjęć lekarzy?

- 1 Bardzo źle 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

I01: Personel traktuje pacjentów życzliwie i z szacunkiem

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Zdecydowanie nie zgadzam się | Raczej nie zgadzam się | Nie mam zdania | Raczej zgadzam się | Zdecydowanie zgadzam się |

I03: Lekarz jednostki umożliwi mi współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji oraz informuje o możliwych sposobach postępowania

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Zdecydowanie nie zgadzam się | Raczej nie zgadzam się | Nie mam zdania | Raczej zgadzam się | Zdecydowanie zgadzam się |

I04: Personel jednostki odnosi się z taktem i wyrozumiałością do pacjentów, wyjaśnia stosowane procedury, dostosowuje komunikację do wieku pacjenta, uwzględnia jego obawy

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Zdecydowanie nie zgadzam się | Raczej nie zgadzam się | Nie mam zdania | Raczej zgadzam się | Zdecydowanie zgadzam się |

A06a: Jak oceniasz funkcjonowanie gabinetu zabiegowego?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE 6 Nie dotyczy

A06b: Jak oceniasz funkcjonowanie punktu szczepień ochronnych?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE 6 Nie dotyczy

A07: Jak oceniasz dostępność świadczeń zdrowotnych w naszej placówce?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

B02: Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE 6 Nie dotyczy

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?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

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

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

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

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

E01: Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

1 Bardzo źLE 2 źle 3 Ani dobrze, ani źle 4 Dobrze 5 Bardzo DOBRZE

F01: Jak jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?



Zdecydowanie

Zdecydowanie

NIE POLECAM

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POLECAM

G01: Płeć pacjenta:

1. Kobieta 2. Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta:

1. Poniżej 18 lat 2. 18-39 lat 3. 40-59 lat 4. 60-79 lat 5. 80 lat lub więcej

G03: Wykształcenie pacjenta:

1. Wyższe 2. Pomaturalne 3. Średnie 4. Zawodowe 5. Podstawowe

U01: Uwagi: