

Ankieta satysfakcji Pacjenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Płeć:** | [ ]  Kobieta | [ ]  [ ]  Mężczyzna |
| **Grupa wiekowa:** |  |
| [ ]  Od 18 do 30 lat | [ ]  Od 41 do 50 lat | [ ]  Od 61 do 70 lat |
| [ ]  Od 31 do 40 lat | [ ]  Od 51 do 60 lat | [ ]  Od 71 do 80 lat |
|  |  | [ ]  Powyżej 80 lat |
| **Wykształcenie:** | [ ]  Podstawowe | [ ]  Średnie |
|  | [ ]  Zawodowe | [ ]  Wyższe |

Data wypełnienia ankiety ………………………………………………

**Odpowiadając na poniższe pytania należy wstawić znak „X” zgodnie z wybraną odpowiedzią.**

|  |
| --- |
| **Rejestracja** |
| **Pytania** | **Dobrze** | **Źle** |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia czas oczekiwania na połączenie z pracownikiem rejestracji?
 |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia kompetencje pracowników rejestracji?
 |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia zachowanie pracownika rejestracji?

*(uprzejmość, życzliwość, uważne słuchanie, udzielanie informacji)* |  |  |
| **Personel medyczny – lekarze POZ** |
| **Pytania** | **Dobrze** | **Źle** |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki lekarskiej? *(uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność leczenia)*
 |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia przystępność informacji udzielonych przez lekarza na temat Pani/Pana stanu zdrowia?
 |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia jakość usługi w ramach wizyty domowej?

*[ ]* nie korzystałam/em |  |  |
| 1. Czy uzyskuje Pan/Pani wystarczającą wiedzę o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu, umożliwiającą współuczestnictwo w podejmowaniu decyzji?
 |
| [ ]  Tak | [ ]  Nie |
| 1. Jak często korzysta Pan/Pani z porady lekarza POZ (lekarza pierwszego kontaktu)?
 |
| [ ] kilka razy w miesiącu | [ ]  kilka razy w roku |
| [ ] 1 raz w miesiącu | [ ]  1-2 razy w roku |
| **Personel medyczny – pielęgniarki POZ** |
| **Pytania** | **Dobrze** | **Źle** |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki pielęgniarek *(uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność opieki)*?

[ ]  nie korzystałam/em z opieki pielęgniarki |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia dostęp do opieki pielęgniarek?

*[ ]* nie korzystałam/em z opieki pielęgniarki |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pytania ogólne** | **Dobrze** | **Źle** |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia infrastrukturę Placówki? (czystość, oznakowanie, dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)
 |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia poszanowanie godności osobistej w trakcie pobytu w Placówce?
 |  |  |
| 1. Jak Pan/Pani ocenia stopień zapewnienia prywatności i intymności w trakcie wizyty i badania lub zabiegu?
 |  |  |
| 1. Czy obecność osób trzecich w gabinecie nastąpiła po wyrażeniu przez Pana/Panią zgody (np. innej osoby spośród personelu medycznego, studenta, rejestratorki)?
 |
| [ ]  Tak | [ ]  Nie |
| [ ]  Nie wystąpiła taka sytuacja |
| 1. Czy poleciłby Pan/Pani naszą Placówkę swojej rodzinie, znajomym?
 |
| [ ]  Tak | [ ]  Nie |
| Uwagi:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***Dziękujemy za wypełnienie ankiety,*** ***prosimy o pozostawienie jej w wyznaczonym miejscu w Rejestracji.*** |

Początek formularza