

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