

ANKIETA DOTYCZĄCA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Szanowni Państwo,

W trosce o jakość usług, jakie mamy przyjemność dla Państwa świadczyć, uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Jej wyniki będą dla nas źródłem cennych informacji. Będziemy wdzięczni za poświęcony czas i dokonanie oceny jakości naszych usług.

Data wypełnienia ankiety

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

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?		
2. Jak Pan/Pani ocenia kompetencje pracowników rejestracji?		
3. Jak Pan/Pani ocenia zachowanie pracownika rejestracji? <i>(uprzejmość, życzliwość, uważne słuchanie, udzielanie informacji)</i>		
Personel medyczny		
Pytania	Dobrze	Źle
1. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki lekarskiej? <i>(uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność leczenia)</i>		
2. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki pielęgniarek? <i>(uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność opieki)</i> <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z opieki pielęgniarki		
3. Jak Pani ocenia poziom opieki położnych? <i>(uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność opieki)</i> <input type="checkbox"/> nie korzystałam z opieki położnej		
4. Jak Pan/Pani ocenia przystępność informacji udzielonych przez personel na temat Pani/Pana stanu zdrowia?		

5. Jak Pan/Pani ocenia jakość opieki w ramach wizyty domowej lekarza? <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z wizyty domowej lekarza		
6. Jak Pan/Pani ocenia jakość opieki w ramach wizyty domowej pielęgniarki? <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z wizyty domowej pielęgniarki		
7. Jak Pani ocenia jakość opieki w ramach wizyty domowej położnej? <input type="checkbox"/> nie korzystałam z wizyty domowej położnej		
8. Czy uzyskuje Pan/Pani wystarczającą wiedzę o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu, umożliwiającą współuczestnictwo w podejmowaniu decyzji?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Pytania ogólne	Dobrze	Źle
1. Jak Pan/Pani ocenia infrastrukturę Placówki? (czystość, oznakowanie, dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)		
2. Jak Pan/Pani ocenia poszanowanie godności osobistej w trakcie pobytu w Placówce?		
3. Jak Pan/Pani ocenia stopień zapewnienia prywatności i intymności w trakcie wizyty i badania lub zabiegu?		
4. Czy obecność osób trzecich w gabinecie podczas badania/zabiegu nastąpiła po wyrażeniu przez Pana/Panią zgody (np. innej osoby spośród personelu medycznego, studenta itp.)?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
<input type="checkbox"/> Nie wystąpiła taka sytuacja		
5. Jak często korzysta Pan/Pani ze świadczeń w naszej Placówce?		
<input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> kilka razy w roku	
<input type="checkbox"/> 1 raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> 1-2 razy w roku	
6. Czy poleciliby Pan/Pani naszą Placówkę swojej rodzinie, znajomym?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Uwagi:		
<i>Dziękujemy za wypełnienie ankiety, prosimy o pozostawienie jej w wyznaczonym miejscu w Rejestracji.</i>		