

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANA

Szanowni Państwo,
Naszym celem jest leczenie, w nadziei na przywrócenie Państwu zdrowia, dobrego samopoczucia i możliwości powrotu do stanu sprzed wystąpienia dolegliwości.

Chcielibyśmy poznać Państwa opinie na temat świadczonych przez nas usług. Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety – jest ona dobrowolna i anonimowa. Państwa opinie i sugestie posłużą nam do poprawy jakości. Serdecznie dziękujemy za wypełnienie niniejszej ankiety.

Dyrektor NZOZ Sana

ANKIETA BADANIA OPINII PACJENTÓW**METRYCZKA ANKIETOWANEGO**

Wiek: do 25 lat 26-45 lat 46-65 lat powyżej 65 lat

Płeć: kobieta mężczyzna

Wykształcenie:

podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe średnie wyższe

1. Czy korzystał(a) Pan(i) z wizyt domowych POZ TAK NIE

2. Czy spotkał(a) się Pan(i) z odmową przyjęcia zgłoszenia na wizytę domowa?
 TAK NIE

Z powodu:

OCENA PRACOWNIKA REJESTRACJI

3. Czy zachowanie pracownika rejestracji było życzliwe i uprzejme?
 TAK RACZEJ TAK TRUDNO POWIEDZIEĆ RACZEJ NIE NIE

4. Czy pracownik rejestracji udzielił pełnej i zrozumiałej informacji o zasadach korzystania z usług naszej Przychodni?
 TAK RACZEJ TAK TRUDNO POWIEDZIEĆ RACZEJ NIE NIE

OCENA LEKARZA

5. Czy zachowanie lekarza było życzliwe i uprzejme?
 TAK RACZEJ TAK TRUDNO POWIEDZIEĆ RACZEJ NIE NIE

6. Czy uzyskał(a) Pan(i) zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia?
 TAK RACZEJ TAK TRUDNO POWIEDZIEĆ RACZEJ NIE NIE

7. Czy mógł /mogła Pan/Pani współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych?
 TAK RACZEJ TAK TRUDNO POWIEDZIEĆ RACZEJ NIE NIE

8. Czy wizyta oraz badanie Pana/Pani odbywały się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania?
 TAK RACZEJ TAK TRUDNO POWIEDZIEĆ RACZEJ NIE NIE

9. Czy wizyta Pana/Pani odbywała się z poszanowaniem godności osobistej ?
 TAK **RACZEJ TAK** **TRUDNO POWIEDZIEĆ** **RACZEJ NIE** **NIE**
10. Czy obecność osób trzecich w trakcie wizyty miała miejsce tylko w przypadku uzyskania Pani/Pana zgody?
 TAK **NIE** **NIE DOTYCZY**

OCENA PIELEGNIARKI

11. Czy korzystał(a) Pan/i z usług pielęgniarki **TAK** **NIE** (jeżeli nie, proszę przejść do pytania nr 14)
12. Czy zachowanie pielęgniarki było życzliwe i uprzejme?
 TAK **RACZEJ TAK** **TRUDNO POWIEDZIEĆ** **RACZEJ NIE** **NIE**
13. Czy personel pielęgniarski wykazywał wrażliwość na potrzeby pacjenta i chęć niesienia pomocy?
 TAK **RACZEJ TAK** **TRUDNO POWIEDZIEĆ** **RACZEJ NIE** **NIE**

OGÓLNA OCENA SATYSFAKCJI

14. Czy wybrał(a)by Pan(i) ponownie naszą przychodnię?
 TAK **RACZEJ TAK** **TRUDNO POWIEDZIEĆ** **RACZEJ NIE** **NIE**
15. Czy polecił(a)by Pan(i) naszą przychodnię innym osobom?
 TAK **RACZEJ TAK** **TRUDNO POWIEDZIEĆ** **RACZEJ NIE** **NIE**

PAŃSTWA UWAGI I PROPOZYCJE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....