

Szanowni Państwo!

Niniejsza ankieta ma na celu zebranie Państwa opinii na temat satysfakcji z działalności NZOZ Medycyna Rodzinna w Grójcu. Zebrane dane, Państwa wypowiedzi i sugestie będą cenną wskazówką do poprawy jakości organizacji pracy, jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych jako odpowiedzi na Państwa oczekiwania. Wszelkie zdobyte informacje są poufne i posłużą jedynie do analizy zbiorczych zestawień i doskonalenia usług naszej przychodni.

Proszę zakreślić znakiem „X” odpowiedzi, które w Państwa opinii najbardziej odpowiadają Państwa zdaniu na temat funkcjonowania NZOZ Medycyna Rodzinna.

Za udzielenie rzetelnych odpowiedzi z góry dziękujemy!

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

1. Jak często odwiedza Pan/i naszą przychodnię? Proszę wskazać średnią ilość wizyt.
 - Raz w miesiącu
 - Raz na 2-3 miesiące
 - Raz na pół roku
 - Raz w roku lub rzadziej
2. Proszę wskazać jak ocenia Pan/i dostępność do świadczeń w naszej przychodni
 - Bardzo dobrze
 - Dobrze
 - Źle
3. Czy miał/a Pan/i problem z uzyskaniem opieki przez personel medyczny?
 - Tak
 - Nie
 - Czasami
4. Proszę opisać rodzaj problemu

.....

.....

.....

.....

.....

Kolejny numer pytania	Pytanie	Odpowiedzi		
		TAK	NIE	CZASAMI
5.	Czy pracownicy rejestracji wykazali się wobec Pana/i uprzejmością, życzliwością?			
6.	Czy obsługa w rejestracji była sprawna i kompletna?			
7.	Czy informacje przekazane przez pracowników rejestracji były zrozumiałe i wystarczające?			
8.	Czy podczas wizyty w przychodni miał/a Pan/i poczucie poszanowania godności osobistej?			
9.	Czy wizyta w przychodni odbyła się w warunkach prywatności i nieskrępowania?			
10.	Czy podczas wizyty, badania, wykonywania zabiegów czuł/a się Pan/i bezpiecznie i swobodnie?			

	PYTANIE	TAK	NIE	CZASAMI
11.	Czy lekarz, pielęgniarka pytał/a o zgodę na obecność osób trzecich podczas wizyty, badania, wykonywania zabiegów?			
12.	Czy obecność osób trzecich (osoba bliska, pracownik, student, stażysta) podczas wizyty, badania, zabiegu miała miejsce w przypadku Pana/i zgody?			
13.	Czy informacje przekazane przez lekarza podczas wizyty dotyczące stanu zdrowia w Pana/i odczuciu były zrozumiałe i wyczerpujące?			
14.	Czy lekarz przedstawił możliwości postępowania diagnostycznego i terapeutycznego dając możliwość wyboru sposobu postępowania medycznego?			
15.	Czy w Pana/i odczuciu współuczestniczył/a Pan/i w wyborze sposobu postępowania medycznego?			

16. Proszę wpisać swoje uwagi dotyczące funkcjonowania NZOZ Medycyna Rodzinna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

METRYCZKA

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek:

- 18-35 lat
- 36-50 lat
- 51-65 lat
- Powyżej 65 lat

Wykształcenie:

- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Zasadnicze zawodowe
- Średnie
- Wyższe