

Badanie Satysfakcji Pacjenta

Ankieta dla Pacjentów korzystających z usług poradni POZ

Zwracamy się z uprzejmą prośbą do Pani/Pana o wypełnienie niniejszej ankiety. Gwarantujemy pełną anonimowość odpowiedzi. Prosimy o szczerą ocenę.

Ankieta składa się z 30 pytań a jej wypełnienie zajmuje około 5 minut.
Ankieta posłuży nam do poprawy jakości opieki medycznej i obsługi w poradni.

Prosimy o wstawienie znaku X w odpowiednią rubrykę.

POZ Bielsk Podlaski

POZ Orla

POZ Brańsk

Ocena Rejestracji

	Jak Pani/Pan ocenia	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
1	Sprawność obsługi podczas rejestracji					
2	Uprzejmość osób rejestrujących					
3	Kompetentność uzyskanych informacji					
4	Możliwość rejestracji telefonicznej					
5	Możliwość zarejestrowania się na wizytę na określony dzień i godzinę					
6	Czas oczekiwania do rejestracji					
7	Możliwość odbycia wizyty domowej					

8. Proszę podać uwagi

.....

Opieka lekarska

	Jak Pani/Pan ocenia	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
9	Stosunek do pacjenta – życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość, zainteresowanie pacjentem					
10	Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty					
11	Zachowanie zasad prywatności i nieskrępowania podczas wizyty					
12	Zrozumiałość przekazywanych informacji na temat stanu zdrowia					
13	Zainteresowanie kontynuacją leczenia np. wyznaczanie kolejnych wizyt, kierowanie na konsultacje i dodatkowe badania					
14	Uzyskanie zrozumiałej i pełnej informacji medycznej na temat oferowanych świadczeń, opieki medycznej oraz kosztów leczenia.					
15	Współuczestnictwo w podejmowaniu decyzji medycznych o planowanych badaniach, konsultacjach i dalszym leczeniu					

16. Czy przed wizytą lekarz pyta Panią/Pana o wyrażenie zgody na obecność osób trzecich podczas wizyty (w przypadku gdy ktoś chce być obecny podczas wizyty):

- tak
- nie

17. Proszę podać uwagi

Opieka pielęgniarska

	Jak Pani/Pan ocenia	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
18	Stosunek do pacjenta – życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość, zainteresowanie pacjentem					
19	Sprawność obsługi i staranność wykonywania zabiegów pielęgniarskich					
20	Zapewnienie intymności i godności osobistej					
21	Poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgniarskich					
22	Jakość uzyskanych informacji podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich					

23. Proszę podać uwagi

Ogólna ocena POZ

	Jak Pani/Pan ocenia	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
24	Dostępność informacji o prawach pacjenta poradni POZ					
25	Wyposażenie poczekalni, miejsca siedzące, czystość, dostęp do toalet, estetyka gabinetów, rejestracji i poczekalni					
26	Elastyczność terminarza wizyt					
27	Identyfikacja personelu i oznakowanie poradni POZ - tablica informacyjna, oznakowanie gabinetów					
28	Dostępność materiałów informacyjnych i promocyjnych o zdrowiu i zapobieganiu chorobom					
29	Możliwość wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta					

30. Proszę podać uwagi dotyczące funkcjonowania poradni POZ – co się Pani/Panu podoba/nie podoba, co by Pani/Pan zmienił/a

Metryczka dla Pacjenta

- Wiek poniżej 18 lat 18-30 lat 31-50 lat 51-80 lat powyżej 80 lat
Płeć mężczyzna kobieta
Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie wyższe
Miejsce zamieszkania miasto wieś

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety
Zespół Jakości