

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Szanowni Państwo,

Kierownictwo NZOZ Mój Lekarz Rodzinny Dorota Rynkiewicz Agnieszka Brzdąk S. C. pragnie poznać Państwa opinię dotyczącą jakości realizowanych usług medycznych.

Dzięki Państwa zaangażowaniu w szczere wypełnienie ankiety stanie się możliwe skorygowanie ewentualnych niedociągnięć i podniesienie jakości świadczonych przez nas usług.

W związku z tym zapraszamy Państwa do wypełnienia anonimowej ankiety.

Spośród podanych niżej opcji odpowiedzi, prosimy o zakreślenie jednej najbardziej zgodnej z Państwa odczuciami.

Będziemy też bardzo wdzięczni za wszelkie uwagi pozostawione w wyznaczonych do tego miejscach, bądź Państwa ogólną opinię wyrażoną na koniec ankiety.

ANONIMOWE INFORMACJE O PACJENCIE

Proszę podkreślić właściwą informację

PŁEĆ

KOBIETA MĘŻCZYŻNA

WIEK

PONIŻEJ 18 LAT

MIĘDZY 18 A 40 LAT

MIĘDZY 41 A 65 LAT

POWYŻEJ 65 LAT

KIEDY ODBYŁA SIĘ PAŃSTWA OSTATNIA WIZYTA?

DZISIAJ

1-2 TYGODNIE TEMU

MIESIĄC TEMU

MIĘDZY 2 A 3 MIESIĄCE TEMU

WIECEJ NIŻ 3 MIESIĄCE TEMU

1. Warunki obsługi pacjenta

Jak Państwo oceniają?	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Wyposażenie i estetyka poczekalni oraz miejsc obsługi pacjenta (wystarczająca ilość miejsc siedzących, miejsce na					

pozostawienie odzieży wierzchniej, estetyka pomieszczeń)					
Oznakowanie gabinetów, możliwość szybkiego znalezienia właściwego gabinetu/miejsca					
Dostępność toalet					
Czystość toalet (m. in. dostępność mydła, środka dezynfekującego, papieru toaletowego)					
Warunki dla osoby niepełnosprawnej					
Warunki dla matki z dzieckiem					
Miejsce na Państwa uwagi					

2. Obsługa ze strony rejestracji

Jak Państwo oceniają?	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość personelu rejestracji (jasny sposób przekazywania informacji, kulturalny ton rozmowy, troska o dobro pacjenta)					
Telefoniczna dostępność personelu telefonicznego					
Szybkość załatwienia formalności					
Dostępność podstawowych informacji, np. data i godzina wizyty, zakres udzielanych świadczeń, zasady udostępniania dokumentacji medycznej					
Czas oczekiwania na wyznaczenie wizyty do lekarza					
Możliwość sprawnego skorzystania z obsługi pielęgniarki/położnej					
Miejsce na Państwa uwagi					

3. Opieka ze strony pielęgniarki/położnej

Jak Państwo oceniają?	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle

Uprzejmość pielęgniarki/położnej (jasny sposób przekazywania informacji, kulturalny ton rozmowy, troska o dobro pacjenta)					
Dbłość o poszanowanie praw pacjenta, np. prawo do godności i intymności, prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia, prawo do obecności osoby bliskiej na życzenie pacjenta					
Dbłość o poszanowanie ochrony danych osobowych (poufny sposób przekazywania informacji, dbłość o zachowanie prawa do prywatności, pojedyncze przyjmowanie pacjentów w gabinecie)					
Poziom zaangażowania, fachowości oraz rzetelności w udzielaniu świadczenia medycznego					
Miejsce na Państwa uwagi					

4. Opieka ze strony lekarza

Jak Państwo oceniają?	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość lekarza (jasny sposób przekazywania informacji, kulturalny ton rozmowy, troska o dobro pacjenta)					
Dbłość o poszanowanie praw pacjenta, np. prawo do godności i intymności, prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia, prawo do obecności osoby bliskiej na życzenie pacjenta					
Dbłość o poszanowanie ochrony danych osobowych (poufny sposób przekazywania informacji, dbłość o zachowanie prawa do prywatności, pojedyncze przyjmowanie pacjentów w gabinecie)					
Poziom zaangażowania, fachowości oraz rzetelności w udzielaniu świadczenia medycznego					
Czas oczekiwania na wejście do gabinetu					

Czas poświęcony pacjentowi w gabinecie					
Miejsce na Państwa uwagi					

5. Jakość opieki nad dziećmi*

*Proszę wypełnić jedynie wówczas, gdy pacjentem było dziecko do ukończenia 18 roku życia

Jak Państwo oceniają?	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość personelu medycznego wobec dziecka (sposób komunikacji dostosowany do wieku dziecka, traktowanie dziecka z uwagą i szacunkiem, cierpliwość, nawiązywanie z dzieckiem kontaktu)					
Dbłość o udzielenie dziecku właściwej pomocy i zapewnienie dziecku bezpiecznych dla niego warunków (np. dążenie do złagodzenia bólu, szybka obsługa dzieci cierpiących i gorączkujących lub których stan zdrowia wymagał pilnej pomocy)					
Przyjazność placówki dla dzieci (np. organizacja kącika dla dziecka, w którym może porysować, pobawić się, skorzystać z książeczek, otrzymanie przez dziecko zachęcających gadżetów np. naklejek, kolorowanek, udzielenie dziecku pochwały za dzielność)					
Miejsce na Państwa uwagi					

6. Co spotkaliście się Państwo z jakąś szczególnie nieprzyjemną sytuacją w naszej placówce? Jeśli tak, to prosimy to opisać.

7. Czy polecilibyście Państwo nas innym pacjentom?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź

TAK

NIE

8. Czy jest jeszcze coś czym chcielibyście się Państwo z nami podzielić? Jeśli tak, to prosimy to opisać.

**Kierownictwo NZOZ Mój Lekarz Rodzinny S. C. Dorota Rynkiewicz
Agnieszka Brzdąk bardzo Państwu dziękuje za poświęcenie Państwa
cennego czasu na wypełnienie ankiety**