

Szanowni Państwo!

Przedstawiamy Państwu ankietę satysfakcji pacjenta. Ankieta została opracowana celem oceny jakości usług świadczonych w POZ. Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem „X” wybranej odpowiedzi na każde pytanie (prosimy dokonać wyboru tylko jednej odpowiedzi). Wypełnioną ankietę należy wrzucić do specjalnego pojemnika w wyznaczonym miejscu.



Skala:

**O01: W jaki sposób zapisałeś dziecko na wizytę?**

w placówce     telefonicznie     email     elektronicznie przez stronę placówki

**A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego dziecka?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**B02: Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne? (proszę pominąć, jeśli nie dotyczy)**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**B03: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów zdrowotnych, wykonania bilansów okresowych i szczepień ochronnych?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych opiekunowi dziecka informacji dotyczących stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**C02: Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza i pozostały personel medyczny potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowanie placówki do potrzeb dziecka)?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**D02: Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni, w kącie dla małego pacjenta?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**E01: Jak oceniasz respektowanie praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb dziecka przez personel medyczny?**

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

**F01: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?**

Zdecydowanie NIE POLECAM  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Zdecydowanie POLECAM

**G01: Płeć pacjenta:**  Kobieta  Mężczyzna

**G02: Wiek pacjenta:**  Poniżej 1 roku  1-3 lat  4-6 lat  7-14 lat  15-18 lat

U01: Uwagi:

