

Załącznik nr 4 do Procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych powstałych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w Centrum Medycznym Multimед Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.

**ANONIMOWA ANKIETA BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTA Z USŁUG ŚWIADCZONYCH
W CENTRUM MEDYCZNYM MULTIMED TADEUSZ JUCYK SP. Z O.O. Z SIEDZIBĄ W KONINIE**

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna. Dziękujemy!

1. Płeć pacjenta

Kobieta Mężczyzna

2. Wiek pacjenta:

Poniżej 18 lat 18-39 lat 40-59 lat 60-79 lat 80 lat lub więcej

3. Poradnia, której ankieta dotyczy:

<input type="checkbox"/> alergologiczna	<input type="checkbox"/> alergologiczna dla dzieci	<input type="checkbox"/> diabetologiczna	<input type="checkbox"/> endokrynologiczna
<input type="checkbox"/> położniczo-ginekologiczna	<input type="checkbox"/> hepatologiczna	<input type="checkbox"/> kardiologiczna	<input type="checkbox"/> kardiologiczna dla dzieci
<input type="checkbox"/> otorynolaryngologiczna	<input type="checkbox"/> otorynolaryngologiczna dla dzieci	<input type="checkbox"/> logopedyczna	<input type="checkbox"/> neurologiczna
<input type="checkbox"/> nefrologiczna	<input type="checkbox"/> reumatologiczna	<input type="checkbox"/> urologiczna	<input type="checkbox"/> psychologiczna
<input type="checkbox"/> psychologiczna dla dzieci	<input type="checkbox"/> leczenia uzależnień		

4. W jaki sposób zapisała/ł się Pani/Pan do poradni?

w placówce telefonicznie elektronicznie (e-mail)

5. Jak Pani/Pan ocenia łatwość zapisania się na wizytę?

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

6. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie pracowników rejestracji?

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

7. Jak Pani/Pan ocenia terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

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

8. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie lekarza w rozwiązanie Pani/Pana problemu zdrowotnego?

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

9. Jak Pani/Pan ocenia zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących stanu zdrowia, przebiegu choroby, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

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

10. Jak Pani/Pan ocenia wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

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

11. Jak Pani/Pan ocenia czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni?

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

12. Jak Pani/Pan ocenia respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

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

13. Jak jest prawdopodobieństwo, że poleci Pani/Pan naszą placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie polecam	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Zdecydowanie nie polecam
-------------------------	---	-----------------------------

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....