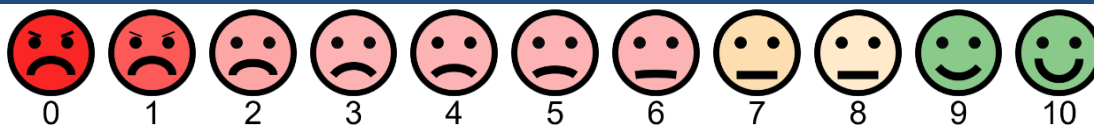


Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 12 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.



Nasza skala:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**O01: W jaki sposób zapisałeś się do poradni?**

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 w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?**

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

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

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

**D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?**

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?**

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

**E01: Jak oceniasz 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

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

**U01: Uwagi:**

