**Ankieta satysfakcji Pacjenta** / Przychodni / Poradni Medycyny Pracy\*

1. Płeć **/odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

Kobieta Mężczyzna

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Z jakiej usługi korzystał/a Pan/i dzisiaj w przychodni**/odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

* Lekarz pierwszego kontaktu POZ
* Lekarz- specjalista (Chirurg , Ortopeda, Ginekolog )
* Medycyna pracy
* Gabinet zabiegowy
* Punkt pobrania krwi
* Rtg
* Psycholog
* Rehabilitacja
* Inne pracownie specjalistyczne

**3. Rejestracja** /Przychodni / Poradni Medycyny Pracy\* **/odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

Jak ocenia Pan/i telefoniczny poziom obsługi rejestracji

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Możliwość połączenia telefonicznego z przychodnią |  |  |  |  |  |  |
| Troska o pacjenta w trakcie rozmowy |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |  |  |
| Kompetentna informacja |  |  |  |  |  |  |

Jak ocenia Pan/i poziom obsługi w rejestracji /Przychodni/Poradni Medycyny Pracy\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Czas oczekiwania do rejestracji |  |  |  |  |  |  |
| Troska o pacjenta w trakcie rozmowy |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |  |  |
| Kompetentna informacja |  |  |  |  |  |  |

**\*niepotrzebne skreśl**

**03/2017PSZJ**

1. **Opieka Lekarska /odpowiedź zakreśl znakiem „x”/**

Jak ocenia Pan/i poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie konsultacji /Przychodni \*/Poradni Medycyny Pracy\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Stosunek do Pacjenta (życzliwość, wykazywanie zaangażowania) |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność  (zrozumiałe przekazanie informacji ) |  |  |  |  |  |  |
| Zainteresowanie kontynuacja leczenia ( wyznaczenie kolejnej wizyty, kierowanie na  konsultacje) |  |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty |  |  |  |  |  |  |

**5. Opieka Pielęgniarska /odpowiedź zakreśl znakiem „x”/** /Przychodni /Poradni Medycyny Pracy\*

Jak ocenia Pan/i poziom pielęgniarskiej opieki medycznej

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Stosunek do Pacjenta (życzliwość, wykazywanie zaangażowania) |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność  (wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji ) |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty |  |  |  |  |  |  |

6. **Ogólna ocena /odpowiedź zakreśl znakiem „x”/** /Przychodni/ Poradni Medycyny Pracy\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo dobrze | dobrze | średnio | źle | bardzo źle | nie mam zdania |
| Stosunek do Pacjenta (życzliwość, wykazywanie zaangażowania) |  |  |  |  |  |  |
| Komunikatywność  (wyczerpujące i zrozumiałe przekazanie informacji ) |  |  |  |  |  |  |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |  |  |
| Zapewnienie intymności i godności osobistej podczas wizyty |  |  |  |  |  |  |

**\***

**\*niepotrzebne skreśl**

09/2017 PSZJ