

Z usług jakiej poradni Państwo korzystaliście w dniu wizyty:



## **OCENA JAKOŚCI OPIEKI W PRZYCHODNI REJONOWEJ NUMER 1**

Szanowni Państwo,

zwracam się z prośbą o wypełnienie ankiety. Badanie jest anonimowe. Wyniki służyć będą poprawie poziomu świadczeń udzielanych w naszej Przychodni.

Przy każdym pytaniu znajdują się oceny:

Źle	2
Dostatecznie	3
Dobrze	4
Bardzo dobrze	5

Odpowiednią cyfrę, która najlepiej odpowiada Pani/Pana ocenie, proszę wybrać.

### **PYTANIA ANKIETOWE**

#### **I. Ocena pracy personelu rejestracji**

1. czas oczekiwania na zarejestrowanie do przychodni w dniu wizyty.....
2. uprzejmość i życzliwość personelu.....
3. jasny i zrozumiały przekaz informacji przy rejestrowaniu.....
4. możliwość połączenia telefonicznego z rejestracją.....

#### **II. Ocena opieki pielęgniarskiej**

1. życzliwość pielęgniarek/położnych .....
2. zapewnienie intymnych warunków podczas wykonywania zabiegów.....
3. sprawność wykonywanych zabiegów pielęgniarskich.....
4. wyjaśnienia i informacje udzielane pacjentom.....

#### **III. Ocena opieki lekarskiej**

1. czas oczekiwania na usługę w dniu wizyty.....
2. życzliwość lekarzy.....
3. wyjaśnienia i informacje udzielane na temat stanu zdrowia pacjenta.....

4. zapewnienie intymnych warunków podczas badań.....

#### **IV. Przestrzeganie praw pacjenta**

1. czy znane są Pani/Panu prawa Pacjenta?.....

2. czy Pani/Pana zdaniem przestrzegane są w przychodni prawa Pacjenta?....

**V. Czy usługi w Przychodni poleciłaby Pani / poleciłby Pan rodzinie, znajomym ? ....**

**VI. Jeżeli w trakcie pobytu w przychodni zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami szczególnie drażliwymi nie ujętymi w ankiecie lub przypadkiem godnym wyróżnienia prosimy o wpisanie poniżej:**

Wypełniony kwestionariusz proszę wrzucić do skrzynki z napisem „Satysfakcja Pacjenta”  
umieszczonej w holu przychodni

**DZIĘKUJEMY**