



## Anonimowa ankieta badania satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie

### **Szanowni Państwo!**

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie zwraca się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety, której zawartość ma służyć badaniu opinii i doświadczeń pacjentów. Wyniki pozwolą nam ocenić jakość w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna.

**Dziękujemy za czas poświęcony wypełnieniu Ankiety.**

### **NASZA SKALA:**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

Należy zaznaczyć wybraną odpowiedź, poprzez zaznaczenie krzyżykiem „X” liczby w skali od 1 do 10, gdzie: 0 – oznacza bardzo źle, 10 – oznacza bardzo dobrze

### **1. Z wizyty w której komórce korzystało dziecko?**

- Rehabilitacja Ambulatoryjna,  
 Rehabilitacja dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,

### **2. W jaki sposób zarejestrowałeś/-łaś dziecko?**

- w placówce  
 telefonicznie

### **3. Jak oceniasz łatwość zapisania dziecka?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **4. Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **5. Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty/zabiegów (czy odbyła/odbyły się w wyznaczonym czasie)?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

### **6. Jak oceniasz zaangażowanie lekarza/rehabilitanta podczas wizyty/zabiegów w rozwiązanie problemu dziecka?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**7. Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących stanu zdrowia Twojego dziecka i procesu leczenia/rehabilitacji?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**8. Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza/rehabilitanta potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji ?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**9. Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowanie placówki dla potrzeb dziecka)?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**10. Jak oceniasz czystość w gabinetach, salach, na korytarzach, w łazienkach?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**11. Jak oceniasz respektowanie praw dziecka, szczególnych uprawnień i potrzeb dziecka przez personel medyczny?**

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| Bardzo źle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Bardzo dobrze |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|

**12. 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 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|

**METRYCZKA - płeć dziecka:**

- Kobieta  
 Mężczyzna

**Wiek pacjenta:**

- 1-3 lat  
 4-6 lat  
 7-14 lat  
 15-18 lat

**UWAGI:**

.....  
.....