



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 Pan/i skorzystał/a?

- Rehabilitacja Ambulatoryjna,
- Rehabilitacja Domowa,
- Rehabilitacja w ośrodku dziennym dla dorosłych,

2. W jaki sposób zarejestrowałeś/łaś się ?

- w placówce
- telefonicznie

3. Jak oceniasz łatwość zapisania się?

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 zdrowotnego?

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

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

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

8. Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

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

9. 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
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

10. Jak oceniasz respektowanie praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb przez personel medyczny?

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

11. 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:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek pacjenta:

- 18-39 lat
- 40-59 lat
- 60-79 lat
- Powyżej 80 lat

UWAGI:

.....

.....