

ANKIETA

Szanowni Państwo, zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Dzięki Państwa ocenie będziemy mogli podnieść standard naszych usług i lepiej dostosować je do Państwa potrzeb.

Zapewniamy, że ankieta jest anonimowa, a jej wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do podniesienia standardu oferowanych usług. Będziemy Państwu bardzo wdzięczni za odpowiedź na poniższe pytania.

Prosimy ocenić w skali od **1 (ocena najniższa)** do **5 (ocena najwyższa)** Pani/Pana stosunek wobec różnych aspektów działalności SPL Vitamed poprzez **zakreślenie pola z właściwą oceną.**

1. OBSŁUGA TELEFONICZNA: Jak ocenia Pan/ Pani poziom obsługi telefonicznej Rejestracji?

- Troska o pacjenta w trakcie rozmowy 1 – 2 – 3 – 4 - 5
- Sprawność obsługi 1 – 2 – 3 – 4 - 5
- Kompetentna i zrozumiała informacja 1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jakie są Pani/ Pana oczekiwania?

.....

2. REJESTRACJA: Jak ocenia Pani/ Pan poziom obsługi w Rejestracji SPL Vitamed?

- Troska o pacjenta 1 – 2 – 3 – 4 - 5
- Sprawność obsługi rejestracyjnej 1 – 2 – 3 – 4 - 5
- Kompetentna i zrozumiała informacja 1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jakie są Pani/ Pana oczekiwania?

.....

3. OBSŁUGA LEKARSKA: Jak ocenia Pani/ Pan poziom lekarskiej opieki medycznej?

- Czy konsultacja odbyła się o umówionej godzinie? TAK / NIE
- Czy została Pani/ został Pan zaproszony do gabinetu przez lekarza? TAK / NIE
- Czy otrzymała Pani/ otrzymał Pan zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia i planowanym leczeniu? TAK / NIE
- Czy badanie odbyło się z poszanowaniem prywatności pacjenta? TAK / NIE
- Proszę ocenić stosunek lekarza do pacjenta. 1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jakie są Pani/ Pana oczekiwania?

.....

4. OBSŁUGA PIEŁĘGNIARSKA: Jak ocenia Pani/ Pan poziom opieki pielęgniarskiej w SPL Vitamed?

- czas oczekiwania 1 – 2 – 3 – 4 - 5
- troska i życzliwość wobec pacjenta 1 – 2 – 3 – 4 - 5

- sprawność obsługi **1 – 2 – 3 – 4 - 5**
- zrozumiała informacja o przeprowadzanym zabiegu **1 – 2 – 3 – 4 - 5**
- dbałość o zachowa intymności pacjenta **1 – 2 – 3 – 4 - 5**

Jakie są Pani/ Pana oczekiwania?

.....

5. OGÓLNA OCENA PRZYCHODNI: (proszę zaznaczyć odpowiedź)

Co jest dla Pani/ Pana najważniejsze przy wyborze przychodni?

- lokalizacja
- jakość świadczonych usług medycznych
- dogodność terminów wizyt
- komfort przychodni, standard wyposażenia

Co spowodowało wybór naszej przychodni?

- lokalizacja
- rekomendacja rodziny lub znajomych
- inny powód – jaki?

Jaki **nowy** zakres usług Pani/ Pana zdaniem powinna wprowadzić przychodnia SPL Vitamed?

.....

6. INFORMACJE DODATKOWE:

Proszę o podanie poniższych informacji:

Wiek: **Płeć:** K / M **Wykształcenie:**

Korzystam z usług poradni:

.....

(np.: Podstawowa Opieka Zdrowotna, Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna, Poradnia Medycyny Pracy, Poradnia Zdrowia Psychicznego)

UWAGI:

.....

.....

.....