

ANKIETA-REHABILITACJA

Szanowni Państwo,

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety w celu zbadania Państwa poziomu satysfakcji z oferowanych przez ALDEMED usług medycznych.

Prosimy o rzetelne i kompletne wypełnienie ankiety. Szczere odpowiedzi umożliwią nam zapoznanie się z opiniami i oczekiwaniami pacjentów zgłaszających się do naszej placówki oraz podjęcie dalszych działań mających na celu poprawę i doskonalenie jakości usług medycznych.

Badanie jest anonimowe.

Prosimy o zaznaczenie w każdym pytaniu jednej odpowiedzi (x), a wypełnioną ankietę umieścić w skrzynkach znajdujących się **W REJESTRACJI**.

Dyrektor ALDEMED

lek. med. Ryszard Szcząchor

A. PYTANIA OGÓLNE

1. Wiek (w latach)
2. Płeć:
 K M
3. Miejsce zamieszkania:
 Zielona Góra Inne miasto/wieś z województwa lubuskiego
 Inne województwo (jakie)
4. Czy jest to pierwsza wizyta w naszej placówce?
 Tak Nie
Jeżeli tak to, w jaki sposób Pan/ Pani dowiedział/ a się o naszej jednostce?
.....
5. Czy przyjęcie odbyło się w ramach?
 NFZ PRYWATNIE CENTRÓW MEDYCZNYCH INNE
6. Czy miał/ a Pan/ Pani problemy z odnalezieniem naszej placówki?
 Tak Nie

1. Od kogo dowiedział/a się Pan/Pani o możliwości wykonania zabiegów rehabilitacyjnych w Naszej placówce?(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
 Z broszur reklamowych placówki
 Od lekarza prowadzącego
 Od znajomego
 Od członka rodziny

- Inne źródło, jakie?.....
- 2. Od kogo otrzymał/a Pan/Pani skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne?
 - Od lekarza rodzinnego
 - Od specjalisty z Naszej placówki (ortopeda, reumatolog, neurolog, specjalista rehabilitacji, itp.)
 - Od lekarza specjalisty z poza placówki (np. gabinet prywatny)

3. Z jakich zabiegów korzystał/a Pan/Pani w placówce w trakcie trwania rehabilitacji. Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

- Fizykoterapia
- Magnetoterapia
 - Laseroterapia
 - Terapuls/DKF
 - Solux
 - Prądy
 - Parafina
 - Krioterapia miejscowa
 - Kriokomora
 - Kinezyterapia
 - Czy chciałaby Pan/i skorzystać z innych zabiegów. Jeżeli tak to proszę podać z jakich?
.....
.....

4. Jaka była forma finansowania zabiegów rehabilitacyjnych z których Pan /Pani korzystał/a?
- NFZ
 - Prywatne ubezpieczalnie (Signla-Iduna, Medcover, Luxmed, LIM , Promedis, itp.)
 - Wizyta prywatna

5. Jaki był czas oczekiwania na przyjęcie na zabiegi rehabilitacyjne?

- Bardzo krótki (do 1 tyg.)
- Krótki (powyżej 1tyg.)
- Długi (do 1 mieś.)
- Bardzo długi (powyżej 1 mieś.)
- Inny , jaki?.....

6. Co uważa Pan/Pani za atut Naszej placówki?
(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Położenie geograficzne
- Wysoce wyspecjalizowana kadra fizjoterapeutyczna
- Nowoczesny sprzęt i metody terapii
- Estetyka i czystość pomieszczeń
- Inna cecha, jaka?.....

7. Jak ocenia Pan/Pani opiekę terapeutyczną w/w zakładzie
(okazywane zainteresowanie, zrozumienie, przekaz informacji, intymność)?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo Źle
Okazywane zainteresowanie				
Zrozumienie potrzeb pacjenta				
Przekaz informacji				
Intymność				

- Jeżeli źle lub bardzo źle to dlaczego?

.....
.....

8. Jak ocenia Pan/Pani sprawność i organizację wykonywanych zabiegów?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo źle
- Jeżeli źle lub bardzo źle to dlaczego?

.....
.....
.....

9. Jak ocenia Pan/Pani proces rejestracji w w/w placówce?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo Źle
- Jeżeli źle lub bardzo źle to dlaczego

.....
.....

10. Jak ocenia Pan/Pani godziny otwarcia w/w zakładu?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo źle
- Jeżeli źle lub bardzo źle to dlaczego

.....
.....
.....

11. Jak ocenia Pan/Pani usługi świadczone w Naszej placówce?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo źle

14. Czy polecił/aby Pan/Pani Naszą placówkę swoim bliskim?

- TAK
- NIE
- Jeżeli NIE to dlaczego?

15. Inne uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SERDECZNIE DZIĘKUJEMY ZA POŚWIĘCONY CZA