

ANKIETA-CENTRALA

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 BADAŃ OKRESOWYCH INNE
6. Czy długo Pan/ Pani czekała na przyjęcie przez lekarza?
 Do 15 min Do 1 godz.
 Do 30 min Powyżej 1 godz.
7. Czy miał/ a Pan/ Pani problemy z odnalezieniem naszej placówki?
 Tak Nie
8. Czy został/ a Pan/ Pani poinformowana szczegółowo o:
 - Proponowanym leczeniu (zabiegi, leki)
 Tak Nie
 - Ryzyku związanym z proponowanym leczeniem
 Tak Nie
 - Korzyściach wynikających z procesu leczenia
 Tak Nie
 - Skutkach zaniechania leczenia
 Tak Nie

B. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

PRZYJĘCIE		Ocena			
		Bardzo dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Bardzo zła
7.	Możliwość rejestracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czas załatwiania formalności podczas przyjmowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Stosunek personelu pielęgniarskiego do pacjentów w trakcie przyjmowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.	Komfort oczekiwania na przyjęcie (dostępność miejsc siedzących, temperatura, dostępność TV, spokój)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POBYT W PLACÓWCE					
11.	Czystość w pomieszczeniach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ilość czasu poświęconego Panu/ Pani przez lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Możliwość wykonania badań laboratoryjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Możliwość wykonania badań diagnostycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Czas oczekiwania na badanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Czas oczekiwania na wyniki badań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Dostępność specjalistycznej opieki medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Opieka pielęgniarska				
	- Stosunek pielęgniarek do pacjentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Kontakt z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Opieka lekarska:				
	- Stosunek lekarzy do pacjentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Dostępność lekarza w godzinach popołudniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Kontakt z lekarzem prowadzącym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wyjaśnienia i informacje udzielane przez lekarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. OGÓLNA OCENA JEDNOSTKI

20. Czy poleciłby/ poleciliby Pan/ Pani naszą jednostkę członkom swojej rodziny lub znajomym?

- Tak Nie

21. Co Pana/ Pani zdaniem należałoby zmienić w naszej jednostce?

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

22. Czy zdarzyło się w czasie Pana/ Pani pobytu w naszej jednostce coś wyjątkowo dobrego?

Jeśli tak, to co to było?

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

23. Czy zdarzyło się w czasie Pana/ Pani pobytu w naszej jednostce coś wyjątkowo złego?

Jeśli tak, to co to było?

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

24. Inne uwagi własne:

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

DATA WYPELNIENIA ANKIETY:

Dziękujemy Panu/ Pani za czas poświęcony na wypełnienie ankiety.

Dyrektor ALDEMED