Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut.

Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

DOTYCZY: PILCHOWICE ŻERNICA

O01: W jaki sposób zapisałeś się do poradni?

 w placówce  telefonicznie  email  elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na teleporadę?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji podczas ustalania terminu teleporady?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

B02: Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne? (Proszę pominąć, jeśli nie dotyczy).

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

B03: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów profilaktycznych, szczepień ochronnych, wykonania badań okresowych lub zmiany nawyków na zdrowsze?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

B04: W sytuacji – gdy w trakcie teleporady nie jest możliwe rozwiązanie problemu zdrowotnego, z którym się zgłosiłeś – jak oceniasz zapewnienie dostępności do skorzystania z wizyty stacjonarnej?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

Bardzo ŹLE  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo DOBRZE

E01: 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

F01: 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 |

G01: Płeć pacjenta:  Kobieta  Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta:  Poniżej 18 lat  18-39 lat  40-59 lat  60-79 lat  80 lat lub więcej

U01: Uwagi: