Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 15 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut.

Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

DOTYCZY: PILCHOWICE ŻERNICA

O01: W jaki sposób zapisałaś/-eś dziecko do poradni?

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

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania na wizytę?

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

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

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 podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego dziecka?

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 zdrowotnych, wykonania bilansów okresowych i szczepień ochronnych?

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

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

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

C02: Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza i pozostały personel medyczny potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji?

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

D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowania placówki do potrzeb dziecka)?

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

D02: Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni, w kąciku dla małego pacjenta?

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 dziecka 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 1 r.ż.  1-3 lat  4-6 lat  7-14 lat  15-18 lat

U01: Uwagi: