Szanowni Państwo

Dziękując za zaufanie i powierzenie nam swojego zdrowia, zwracamy się z uprzejmą prośbą o pomoc w ocenie naszej pracy poprzez wypełnienie anonimowej ankiety.

Wszystkie Państwa uwagi będą dla nas bardzo cenne, a uzyskane wyniki posłużą poprawie poziomu naszych świadczeń.

DOTYCZY: PILCHOWICE ŻERNICA Olchowa ŻERNICA Ośrodek Dzienny

**1 Jak Pani/Pan ocenia proces rejestracji do lekarza**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Stosunek do pacjenta (komunikatywność, uprzejmość, życzliwość) |  |  |  |  |
| Fachowość i sprawność przy wykonywaniu zabiegów |  |  |  |  |
| Zainteresowanie pacjentem i sposób przekazywania informacji |  |  |  |  |

**2 Jak Pani/Pan ocenia proces *rejestracji na zabiegi fizjoterapeutyczne***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Stosunek do pacjenta (komunikatywność, uprzejmość, życzliwość) |  |  |  |  |
| Fachowość i sprawność przy wykonywaniu zabiegów |  |  |  |  |
| Zainteresowanie pacjentem i sposób przekazywania informacji |  |  |  |  |

**3 Jak Pani/Pan ocenia pracę fizjoterapeutów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Stosunek do pacjenta (komunikatywność, uprzejmość, życzliwość) |  |  |  |  |
| Fachowość i sprawność przy wykonywaniu zabiegów |  |  |  |  |
| Zainteresowanie pacjentem i sposób przekazywania informacji |  |  |  |  |
| Zachowanie intymności i godności osobistej pacjenta podczas wykonywania zabiegu |  |  |  |  |
| Punktualność przyjęcia na zabiegi |  |  |  |  |

**4 Jak Pani/Pan ocenia pracę masażystów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Stosunek do pacjenta (komunikatywność, uprzejmość, życzliwość) |  |  |  |  |
| Fachowość i sprawność przy wykonywaniu zabiegów |  |  |  |  |
| Zainteresowanie pacjentem i sposób przekazywania informacji |  |  |  |  |
| Zachowanie intymności i godności osobistej pacjenta podczas wykonywania zabiegu |  |  |  |  |
| Punktualność przyjęcia na zabiegi |  |  |  |  |

**5 Jak Pani/Pan całościowo ocenia poziom usług fizjoterapeutyczne świadczonych przez nas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Ocena poziomu świadczeń realizowanych przez dział rehabilitacji |  |  |  |  |

**6 Jak Pani/Pan ocenia zakres świadczonych usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| Ocena poziomu zakresu świadczonych usług |  |  |  |  |

**7 Jak Pani/Pan ocenia panujące warunki tj. komfort, czystość i higienę**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| W gabinetach fizykoterapii |  |  |  |  |
| Na sali ćwiczeń |  |  |  |  |
| W gabinecie masażu |  |  |  |  |
| W szatni |  |  |  |  |
| W toaletach |  |  |  |  |

**8 Co wg Pani/Pana jest godne wyróżnienia w funkcjonowaniu Fizjoterapii**

**9 Co Pani/Pana zdaniem możemy zmienić w funkcjonowaniu Fizjoterapii, aby spełnić oczekiwania**

**10 Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan naszą placówkę innym osobom**

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |
|  |  |

**11 Płeć ankietowanego**

|  |  |
| --- | --- |
| kobieta | mężczyzna |
|  |  |

**Dziękujemy**

**za poświęcony czas i wypełnienie ankiety**