

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

W związku z funkcjonowaniem w naszej placówce systemu zarządzania jakością zgodnego z międzynarodową normą PN-EN ISO 9001, a także chęcią dokładniejszego poznania Państwa potrzeb i oczekiwań, zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszego kwestionariusza. Informacje, które uzyskamy dzięki tej ankiecie, pozwolą nam doskonalić standardy świadczonych przez nas usług i zwiększyć Państwa satysfakcję.

Ankieta jest anonimowa. Odpowiadając na poniższe pytania należy zaznaczyć X w kratce obok wybranej odpowiedzi.

1. Jak dowiedział/a się Pan/Pani o naszym Ośrodku?
 INTERNET
 REKLAMA
 OD INNYCH OSÓB
 OD LEKARZA
2. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do rejestracji telefonicznej?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
3. Z jakiej formy rejestracji Pan/Pani skorzystał/a przy rejestracji do Poradni w naszym Ośrodku?
 E-REJESTRACJA
 FORMULARZ ZE STRONY INTERNETOWEJ
 KONTAKT BEZPOŚREDNI
4. Jak ocenia Pan/Pani uprzejmość osoby rejestrującej?
 BARDZO UPRZEJMA
 RACZEJ UPRZEJMA
 BARDZO NIEUPRZEJMA
 UPRZEJMA
 NIEUPRZEJMA
5. Jak Pan/Pani ocenia szybkość załatwienia formalności przed przyjęciem?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
6. Jak ocenia Pan/Pani poziom informacji przekazywanej przez pracownika recepcji?
Czy informacja była wyczerpująca i uzyskał Pan/Pani odpowiedź na zadane pytania?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
7. Proszę ocenić warunki panujące w Ośrodku (czystość, sprzęt)?
 BARDZO DOBRE
 PRZECIĘTNE
 BARDZO ZŁE
 DOBRE
 ZŁE
8. Jak długo czekał/a Pan/Pani na wizytę u fizjoterapeuty przed gabinetem lekarskim?
 15 min
 60 min
 30 min
 powyżej 60 min
9. Czy realizacja zabiegów była zgodna z rejestracją?
 TAK
 NIE
10. Jak ocenia Pan/Pani komunikatywność, uprzejmość oraz indywidualne podejście do Pacjenta?
 BARDZO DOBRE
 PRZECIĘTNE
 BARDZO ZŁE
 DOBRE
 ZŁE
11. Jak ocenia Pan/Pani poziom informacji przekazywanej przez fizjoterapeutę?
Czy informacja była wyczerpująca i uzyskał Pan(i) odpowiedź na zadane pytania?
 BARDZO DOBRE
 PRZECIĘTNE
 BARDZO ZŁE
 DOBRE
 ZŁE

12. Czy wykonywane przez fizjoterapeutów zabiegi poprawiły Pana/Pani sprawność?
 TAK NIE
13. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie fizjoterapeutów w wykonywane zabiegi?
 BARDZO DOBRE DOBRE
 PRZECIĘTNE ZŁE
 BARDZO ZŁE
14. Jaki jest Pana/Pani zdaniem stosunek fizjoterapeuty do Pacjentów?
 BARDZO DOBRY DOBRY
 PRZECIĘTNY ZŁY
 BARDZO ZŁY
15. Czy fizjoterapeuci wykonywali zabiegi zgodnie z określonym harmonogramem i w ustalonym czasie?
 TAK ZAWSZE ZAZWYCZAJ
 RZADKO NIGDY
 BARDZO ZŁE
16. Jak ocenia Pan/Pani jakość informacji na temat wykonywanych czynności (na czym polega procedura, informacja o skutkach, prawie Pacjenta do odmowy)?
 BARDZO DOBRE DOBRE
 PRZECIĘTNE ZŁE
 BARDZO ZŁE
17. Czy wróciłby/wróciłaby Pan/Pani do naszego Ośrodka, jeżeli zaistniałaby potrzeba ponownej rehabilitacji?
 TAK NIE
18. Proszę określić Pana/Pani poziom satysfakcji z rehabilitacji w naszym Ośrodku.
 JESTEM BARDZO ZADOWOLONY/A JESTEM ZADOWOLONY/A
 JESTEM NIEZADOWOLONY/A NIE MAM OPINII
 JESTEM BARDZO NIEZADOWOLONY/A
19. Czy poleci Pan/Pani znajomemu/znajomej nasz Ośrodek?
 TAK NIE
20. **Pana/Pani uwagi i sugestie.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.