

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

PORADNIA REHABILITACYJNA

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?
 BARDZO DOBRZE
 PRZECIĘTNIE
 BARDZO ŹLE
 DOBRZE
 ŹLE
3. Z jakiej formy rejestracji Pan/Pani skorzystał/a przy rejestracji do Poradni Rehabilitacyjnej 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 lekarza przed gabinetem lekarskim?
 15 min
 60 min
 30 min
 powyżej 60 min
9. Jak ocenia Pan/Pani komunikatywność, uprzejmość oraz indywidualne podejście do Pacjenta?
 BARDZO DOBRE
 PRZECIĘTNE
 BARDZO ZŁE
 DOBRE
 ZŁE
10. Jak ocenia Pan/Pani poziom informacji przekazywanej przez lekarza? Czy informacja była wyczerpująca i uzyskał Pan/Pani odpowiedź na zadane pytania?
 BARDZO DOBRE
 PRZECIĘTNE
 BARDZO ZŁE
 DOBRE
 ZŁE

11. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie lekarza w wykonywane zabiegi?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRE | <input type="checkbox"/> DOBRE |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNE | <input type="checkbox"/> ZŁE |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁE | |

12. Jaki jest Pana/Pani zdaniem stosunek lekarza do Pacjentów?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRY | <input type="checkbox"/> DOBRY |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNY | <input type="checkbox"/> ZŁY |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁY | |

13. Jak ocenia Pan/Pani jakość informacji na temat wykonywanych czynności (na czym polega procedura, informacja o skutkach, prawie Pacjenta do odmowy)?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BARDZO DOBRE | <input type="checkbox"/> DOBRE |
| <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNE | <input type="checkbox"/> ZŁE |
| <input type="checkbox"/> BARDZO ZŁE | |

14. Czy wróciłby/wróciłaby Pan/Pani do naszego Ośrodka, jeżeli zaistniałaby potrzeba ponownej rehabilitacji?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|

15. Proszę określić Pana/Pani poziom satysfakcji z wizyty w Poradni Rehabilitacji w naszym Ośrodku.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> JESTEM BARDZO ZADOWOLONY/A | <input type="checkbox"/> JESTEM ZADOWOLONY/A |
| <input type="checkbox"/> JESTEM NIEZADOWOLONY/A | <input type="checkbox"/> NIE MAM OPINII |
| <input type="checkbox"/> JESTEM BARDZO NIEZADOWOLONY/A | |

16. Czy poleci Pan/Pani znajomemu/znajomej nasz Ośrodek?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|

17. **Pana/Pani uwagi i sugestie.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.