

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTÓW PRZYCHODNI GRUPY EMC SZPITALE

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie ankiety. Państwa opinia przyczyni się do lepszego zaspokajania potrzeb Pacjentów przez nasz personel i jednocześnie pozwoli nam na ocenę naszej pracy.

Prosimy przeczytać każde pytanie i zaznaczyć właściwą odpowiedź albo wypełnić wykropkowane pola.

Usługa (poradnia, badanie) z jakiej Pani/Pan skorzystała/ł

Kto pokrywa Pani/Pana koszty leczenia?	<input type="checkbox"/> NFZ	<input type="checkbox"/> prywatnie	<input type="checkbox"/> inne							
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Wiek							
Jak Pani/Pan ocenia?	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle						
RECEPCJA										
Czas oczekiwania na rejestrację wizyty/badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Kompetencje i udzielanie niezbędnych informacji przez personel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Uprzejmość i kulturę osobistą personelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Warunki oczekiwania na rejestrację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
WIZYTA/BADANIE										
Czystość gabinetu i otoczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Poszanowanie intymności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Czystość toalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Oznaczenie gabinetów, korytarzy, pracowni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
OPIEKA LEKARSKA										
Uprzejmość i troskę personelu lekarskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Przekazywanie informacji na temat przebiegu choroby i sposobu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Informowanie o sposobie i kolejności planowanych badań i zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Udzielanie odpowiedzi na wszystkie pytania i prośby dotyczące procesu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA/POŁOŻNICZA										
Uprzejmość i troskę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Informowanie o planowanych zabiegach pielęgniarzkich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Komfort wykonywania zabiegów pielęgniarzkich (pobieranie krwi, kroplówki, zastrzyki, opatrunki itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
OGÓLNA OCENA PRZYCHODNI										
Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z naszych usług?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Czy uzyskała/ł Pani/Pan informację o możliwości wykonania innych badań oraz skorzystania z innych poradni w jednostkach Grupy EMC Szpitale?	<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie							
Co spowodowało, że wybrała/ł Pani/Pan naszą przychodnię?	<input type="checkbox"/> lokalizacja	<input type="checkbox"/> lekarz	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> prasa	<input type="checkbox"/> rodzina i znajomi					
Jak bardzo prawdopodobne jest, że poleci Pani/Pan usługi naszej przychodni swojemu znajomemu? Proszę ocenić to prawdopodobieństwo na skali od 0 do 10, gdzie 10 jest najwyższą oceną.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Co według Pani/Pana powinniśmy zmienić lub poprawić w jakości świadczonych przez nas usług?										
.....										
Jaką usługę powinniśmy dodać do naszej oferty, aby spełnić Pani/Pana oczekiwania?										
.....										