

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 PIELĘGNIARSKA/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	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
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?																					