

Badanie Opinii Pacjentów

korzystających z Podstawowej Opieki Zdrowotnej w SPZZLO Warszawa-Żoliborz




Szanowni Pacjenci!

Prosimy o wypełnianie ankiet!

Państwa opinie i uwagi, które są anonimowe, wpłyną na optymalizację jakości udzielanych przez nas usług.

_____ oznaczenie Placówki _____

_____  zaznacz poprawną odpowiedź _____

1. Jak ocenia Pani/Pan działalność rejestracji w zakresie:

	jestem bardzo zadowolona/-y	jestem zadowolona/-y	nie mam zdania	jestem niezadowolona/-y
a. godzin pracy				
b. sprawności i profesjonalności obsługi				
c. możliwości rejestracji telefonicznej/drogą elektroniczną				
d. życzliwości i uprzejmości personelu				
e. dostępności istotnych dla Pacjentów informacji o udzielanych świadczeniach oraz prawach i obowiązkach Pacjenta				

2. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do opieki i świadczeń zdrowotnych oraz warunków oczekiwania na świadczenie:

	jestem bardzo zadowolona/-y	jestem zadowolona/-y	nie mam zdania	jestem niezadowolona/-y
a. wizyta u lekarza				
b. badanie diagnostyczne				
c. usługa gabinetu zabiegowego				
d. lekarska wizyta domowa				
e. pielęgniarska wizyta domowa				
f. czyste pomieszczenia i właściwie oznakowane gabinety				

3. Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na planowaną wizytę do lekarza?

dobrze raczej dobrze w normie raczej źle źle

4. Prosimy o ustosunkowanie się do wymienionych niżej czynników oceniających przebieg wizyty u lekarza:

	zgadzam się	nie mam zdania	nie zgadzam się
a. wizyta i badanie odbyło się o wyznaczonej godzinie			
b. otrzymałam/-em zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia			
c. otrzymałam/-em wystarczające informacje o planowanych badaniach, konsultacjach, leczeniu, a także uczestniczyłam/-em w podejmowaniu decyzji medycznych			
d. wizyta odbyła się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania			
e. wizyta odbyła się z zachowaniem zasad poszanowania mojej godności osobistej			
f. zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości wyrażenia zgody lub nie wyrażenia zgody na obecność osób trzecich podczas badania (członek rodziny, osoba bliska, pracownik, student, stażysta, etc.)			
g. otrzymałam/-em wystarczające informacje o możliwości wyboru tańszego leku			

5. Prosimy o ustosunkowanie się do wymienionych niżej czynników oceniających przebieg wizyty u pielęgniarki:

	zgadzam się	nie mam zdania	nie zgadzam się
a. dogodny czas oczekiwania na świadczenie			
b. usługa odbyła się z zachowaniem warunków intymności i poszanowania godności			
c. usługa odbyła się w warunkach uprzejmości, życzliwości i chęci pomocy ze strony pielęgniarki			
d. otrzymałam/-em wystarczające informacje o dalszym postępowaniu			
e. otrzymałam/-em wystarczające informacje o odpowiednich działaniach z zakresu promocji zdrowia			

6. Jak często korzysta Pani/Pan z usług Podstawowej Opieki Zdrowotnej?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rzadziej niż raz na rok	raz na rok	co pół roku	raz na kwartał	częściej niż raz na kwartał

7. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z usług świadczonych przez Personel SPZZLO Warszawa-Żoliborz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jestem bardzo zadowolona/-y	jestem zadowolona/-y	nie mam zdania	jestem niezadowolona/-y

8. Czy poleciliby/poleciliby Pani/Pan naszą placówkę innej osobie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tak	nie wiem	nie

9. Czy Pani/ Pana zdaniem należałoby coś zmienić w funkcjonowaniu placówki? Jakie są Pani/Pana oczekiwania (proszę wymienić)?

1.
2.
3.

10. Metryczka

Wiek	do 19 lat	20-39 lat	40-65 lat	66-75 lat	powyżej 75 lat
Płeć	kobieta		mężczyzna		
Wykształcenie	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	

Dziękujemy Państwu za poświęcony czas i cenne uwagi.
 Dyrekcja i Personel SPZZLO Warszawa-Żoliborz