

# Ankieta poziomu satysfakcji pacjenta - Klinika Zdrowia Piotr Pelcer Sp. z o.o.

Pytania w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 oznacza bardzo dobrze.

Sekcja bez tytułu

Sekcja bez tytułu

1. Jak często korzystają Państwo z porad naszej Przychodni?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Raz w roku lub rzadziej  
 2-3 razy w roku  
 Raz na 2-3 miesiące  
 Co najmniej raz w miesiącu

2. Jak oceniają Państwo godziny funkcjonowania przychodni?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Jak oceniają Państwo możliwość zarejestrowania się na wizytę na określony dzień/godzinę?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Jak oceniają Państwo uprzejmość personelu w rejestracji?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Jak oceniają Państwo kompetencje personelu w rejestracji przy podawaniu informacji?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Jak ocenia Pani/Pan zyczliwość pielęgniarek w gabinecie zabiegowym?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Jak oceniają Państwo staranność wykonywanych zabiegów przez personel pielęgniarski?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Jak oceniają Państwo możliwość rejestracji telefonicznej?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Jak oceniają Państwo wyposażenie i estetykę/czystość pomieszczeń?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Jak oceniają Państwo naszą Przychodnię pod względem oznakowania gabinetów?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Jak oceniają Państwo możliwość uzgadniania wizyt domowych?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Jak oceniają Państwo naszą Przychodnię pod względem możliwości pobierania w Przychodni materiału do badań laboratoryjnych?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Jak oceniają Państwo ilość czasu poświęconego przez lekarza Pacjentowi oraz jego zyczliwość podczas wizyty?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Jak oceniają Państwo sposób przekazywania informacji przez lekarza?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Jak oceniają Państwo wizytę lekarską pod względem zapewnienia prywatności, intymności, nieskrępowania oraz poszanowania godności?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Czy według Państwa wiedzy wizyta w gabinecie lekarskim z udziałem osób trzecich (np. małżonka) odbywa się po uzyskaniu zgody Pacjenta na ich obecność?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak  
 Nie  
 Nie wiem

17. Czy według Państwa wiedzy Pacjent może współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak  
 Nie  
 Nie wiem

18. Jakie uwagi/sugestie dotyczące naszej przychodni chciałby/łaby Pan/i przedstawić?

---

---

---

---

---

Ta treść nie została utworzona ani zatwierdzona przez Google.

Formularze Google