

	ANONIMOWA ANKIETA	Data:
	Satysfakcja pacjenta / opiekuna pacjenta	

Zapraszamy do wypełnienia anonimowej ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedzi, zgodnie z Państwa odczuciami. Prosimy również o dopisanie uwag w miejscach pozostawionych specjalnie do tego celu.

Metryczka pacjenta	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek opiekuna:	<input type="checkbox"/> do 19 lat <input type="checkbox"/> 20 do 30 lat <input type="checkbox"/> 31 do 40 lat <input type="checkbox"/> 41 do 50 lat <input type="checkbox"/> 51 do 60 lat <input type="checkbox"/> powyżej 61 lat
Wizyta w przychodni	<input type="checkbox"/> pierwsza <input type="checkbox"/> kolejna
Wizyta w poradni odbyła się	<input type="checkbox"/> dzisiaj <input type="checkbox"/> do dwóch tygodni temu <input type="checkbox"/> miesiąc temu <input type="checkbox"/> powyżej miesiąca temu
Zatrudnienie opiekuna	<input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> rencista / emeryt <input type="checkbox"/> praca zawodowa <input type="checkbox"/> student / uczeń <input type="checkbox"/> inne

Ocena Rejestracji	
Jak Państwo oceniają uprzejmość osób rejestrujących?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak ocenia Pan/Pani szybkość załatwienia formalności?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze

	<input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak ocenia Pan/Pani jakość otrzymanych informacji?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak ocenia Pan/ Pani dostępność informacji telefonicznej?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Proszę opisać dodatkowe uwagi :
Ocena opieki lekarskiej	
Jak Pan/ Pani ocenia uprzejmość i życzliwość lekarza?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia zainteresowanie pacjentem?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia wyrażanie się lekarza w sposób zrozumiały dla pacjenta?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia uzyskanie informacji od lekarza na temat sposobu terapii, profilaktyki itp?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Proszę opisać dodatkowe uwagi:
Opieka terapeutyczna - specjaliści	
Jak Pan/Pani ocenia uprzejmość i życzliwość Terapeutów?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze

	<input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia staranność wykonywania terapii przez specjalistów?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia poszanowanie prywatności podczas terapii?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Proszę opisać swoje uwagi:
Warunki panujące w przychodni	
Jak Pan/Pani ocenia oznakowanie gabinetów?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia czystość w poczekalni?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia dostęp do toalet?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Jak Pan/Pani ocenia czystość w toaletach?	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> raczej dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> bardzo źle
Proszę opisać swoje dodatkowe uwagi:
Inne	
Czy zetknęła się Pan/Pani z nieuprzejmym

traktowaniem w przychodni? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Czy w razie konieczności poleciliby Pan/Pani naszą przychodnię bliskim?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie mam zdania
Uwagi pacjenta które nie były zawarte w ankiecie: