Ankieta oceny satysfakcji pacjentów ambulatoryjnych

Wzór dokumentu przeznaczonego do systematycznej oceny poziomu zadowolenia pacjentów ambulatoryjnych z udzielanych świadczeń medycznych.

# ANKIETA PACJENTA

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedzi zgodnie z Państwa odczuciami. Prosimy również o dopisanie swoich uwag w miejscach pozostawionych specjalnie do tego celu. Dziękujemy.

|  |
| --- |
| **PROSIMY ODPOWIEDNIO ZAZNACZYĆ** |
| **Płeć** | **Wiek:** | **Wizyta w poradni** |
| 🞎 Kobieta 🞎 Mężczyzna  |  | 🞎 Pierwsza🞎 Kolejna |
| 1. **PROSZĘ ZAZNACZYĆ NAZWĘ/NAZWY PORADNI Z KTÓREJ DZIŚ PANI KORZYSTAŁA/PAN KORZYSTAŁ?**
 |
| **WYMIENIĆ PORADNIE**🞎🞎🞎 |
| **2. OCENA REJESTRACJI** |
| **W jakiej formie dokonała Pani/dokonał Pan rejestracji?:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | telefonicznie |
| 🞎 | on-line |
| [ ]  | portal pacjenta |
| [ ]  | e-mail |
| [ ]  | osobiście |
| [ ]  | inna forma: |
|  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

 |
| **Jak Pani/Pan ocenia czas załatwienia formalności?** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo źle🞎 | źle🞎 | ani dobrze, ani źle🞎 | dobrze🞎 | bardzo dobrze🞎 |

 |
| **W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem, w trakcie obsługi sprawy, osoby rejestrujące były?:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zaangażowane |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| uprzejme/życzliwe |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| empatyczne |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |

 |
| **Jak Pani/Pan ocenia jakość obsługi w rejestracji?** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |
| **Jak Pani/Pan ocenia dostępność do rejestracji telefonicznej?** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| łatwość dodzwonienia się | 1bardzo niski🞎 | 2niski🞎 | 3przeciętny🞎 | 4wysoki🞎 | 5bardzo wysoki🞎 |
| godziny dostępności | 1bardzo niski🞎 | 2niski🞎 | 3przeciętny🞎 | 4wysoki🞎 | 5bardzo wysoki🞎 |

 |
| **Prosimy wpisać ewentualne uwagi:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **3. OPIEKA LEKARSKA** |
| **Jak Pani/Pan ocenia jakość opieki lekarskiej w trakcie leczenia?** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |
| **W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem lekarz podczas wizyty był?** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zaangażowany |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| uprzejmy/ życzliwy |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| empatyczny |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |

 |
| **Jak Pani/Pana zdaniem lekarz reagował na zadawane przez Panią/Pana pytania:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| niecierpliwił się |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| odpowiadał na pytania |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| pospieszał |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| uważnie słuchał |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| zachęcał do zadawania pytań |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |

 |
| **Czy w trakcie opieki otrzymała Pani/otrzymał Pan od lekarza informacje na temat:**  |
| sposobu leczenia 🞎 TAK 🞎 NIE zaleceń 🞎 TAK 🞎 NIEprofilaktyki 🞎 TAK 🞎 NIE postępowania w razie pogorszenia stanu zdrowia TAK / NIE  |
| **W jakim stopniu informacje przekazane przez lekarza były Pani/Pana zdaniem?:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| wyczerpujące |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| zrozumiałe |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 | bardzo🞎 |

 |
| przystępne |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 | bardzo🞎 |

 |

 |
| **Prosimy wpisać ewentualne uwagi:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **4. OPIEKA PIELĘGNIARSKA – PYTANIA DOTYCZĄ TYCH PACJENTÓW, KTÓRZY PODCZAS WIZYTY W PORADNI KORZYSTALI Z USŁUG PIELĘGNIARSKICH (NP. W PUNKTACH POBRAŃ KRWI LUB GABINETACH ZABIEGOWYCH)** |
| **Jak Pani/Pan ocenia w trakcie zabiegów pielęgniarskich poziom?:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pani/Pana poczucia bezpieczeństwa  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |
| przygotowania Pacjenta przez personel do zabiegu |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |
| sprawności wykonywania zabiegu przez personel |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |
| reagowania przez pielęgniarkę na zgłoszone potrzeby/problemy |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |

 |
| **W jakim stopniu personel pielęgniarski Pani/Pana zdaniem był?:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zaangażowany |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| uprzejmy/ życzliwy |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| empatyczny |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |

 |
| **W jakim stopniu informacje przekazane przez personel pielęgniarski po wykonanych zabiegach były Pani/Pana zdaniem?:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| wyczerpujące |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| zrozumiałe |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 | bardzo🞎 |

 |
| przystępne |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 | bardzo🞎 |

 |

 |
| **Jak Pani/Pan ocenia stopień poszanowania prywatności podczas zabiegów?** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bardzo niski🞎 | niski🞎 | przeciętny🞎 | wysoki🞎 | bardzo wysoki🞎 |

 |
| **Prosimy wpisać ewentualne uwagi:** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **5. KOORDYNATOR OPIEKI ONKOLOGICZNEJ** |
| **Czy uzyskała Pani/uzyskał Pan wsparcie i pomoc ze strony koordynatora, który jest wyznaczany pacjentom w trakcie trwania leczenia?:**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | tak |
| 🞎 | nie |

 |
| **Dostępność oraz przystępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej:** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nie mam zdania |
| bardzo niska | niska | przeciętna | wysoka | bardzo wysoka |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

 |
| **Możliwość towarzyszenia osoby najbliższej podczas badania/wizyty lekarskiej:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | tak |
| 🞎 | nie |

 |
| **Prosimy wpisać ewentualne uwagi:** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **6. WARUNKI PANUJĄCE W PRZYCHODNI/PORADNI** |
| **Czy Pani/Pan zdaniem poczekalnia jest dobrze wyposażona?** |
| 🞎TAK 🞎 NIE (proszę wskazać czego brakuje):……………………………………………………………………………………………. |
| **Jak bardzo oznakowanie gabinetów jest Pani/Pan zdaniem?:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| pomocne |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 |  bardzo🞎 |

 |
| zrozumiałe |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 | bardzo🞎 |

 |
| widoczne |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | nie mam zdania🞎 |
| wcale🞎 | mało🞎 | średnio🞎 | bardzo🞎 |

 |

 |
| **Czy Pani/Pana zdaniem utrzymany jest porządek/czystość w poradni?** |
| 🞎TAK 🞎 NIE(proszę wskazać gdzie):……………………………………………………………………………………………. |
| **Prosimy wpisać ewentualne uwagi:** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **7. CZY SPOTKAŁA SIĘ PANI/SPOTKAŁ SIĘ PAN Z NIEUPRZEJMYM TRAKTOWANIEM PRZEZ PERSONEL PORADNI?** |
| 🞎 TAK, (proszę opisać sytuację): ……………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..🞎 NIE |
| **Prosimy wpisać ewentualne uwagi:** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **8. CZY W RAZIE KONIECZNOŚCI POLECIŁABY PANI/POLECIŁBY PAN PORADNIĘ SWOJEJ RODZINIE, ZNAJOMYM?** |
| 🞎 TAK 🞎 NIE🞎 NIE MAM ZDANIA |
| **9. PROSIMY WPISAĆ UWAGI NA TEMAT POBYTU W PORADNI, KTÓRE NIE ZOSTAŁY UJĘTE W ANKIECIE:** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

