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 | 1  bardzo niski  🞎 | 2  niski  🞎 | 3  przeciętny  🞎 | 4  wysoki  🞎 | 5  bardzo wysoki  🞎 | | godziny dostępności | 1  bardzo niski  🞎 | 2  niski  🞎 | 3  przeciętny  🞎 | 4  wysoki  🞎 | 5  bardzo 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 🞎 NIE  profilaktyki 🞎 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:** | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |

