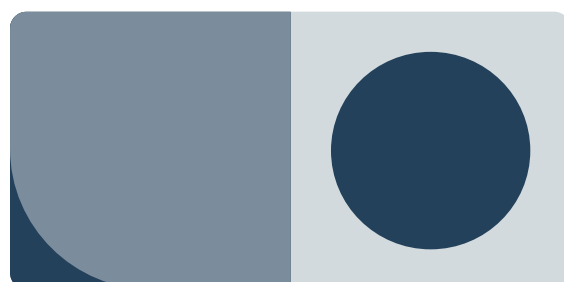


Ankieta oceny satysfakcji pacjentów ambulatoryjnych

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 ☐
	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 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
uprzejmy/ życzliwy	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
empatyczny	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐

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

niecierpliwił się	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
odpowiadał na pytania	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐

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 bardzo niski ☐	2 niski ☐	3 przeciętny ☐	4 wysoki ☐	5 bardzo wysoki ☐
W jakim stopniu personel pielęgniarski Pani/Pana zdaniem był?:					
zaangażowany	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
uprzejmy/ życzliwy	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
empatyczny	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
W jakim stopniu informacje przekazane przez personel pielęgniarski po wykonanych zabiegach były Pani/Pana zdaniem?:					
wyczerpujące	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
zrozumiałe	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
przystępne	1 wcale ☐	2 mało ☐	3 średnio ☐	4 bardzo ☐	nie mam zdania ☐
Jak Pani/Pan ocenia stopień poszanowania prywatności podczas zabiegów?					
1 bardzo niski ☐	2 niski ☐	3 przeciętny ☐	4 wysoki ☐	5 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 bardzo niska	2 niska	3 przeciętna	4 wysoka	5 bardzo wysoka	nie mam zdania
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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:

