



## Ankieta badania satysfakcji pacjenta

**Szanowni Państwo ! Państwa opinia jest nam niezwykle pomocna w poprawie jakości usług medycznych oraz świadczenia naszych usług zgodnie z Państwa oczekiwaniami. Przekazując Państwu niniejszą ankietę prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania w niej zawarte biorąc pod uwagę korzystanie z naszych usług w okresie ostatnich 12 miesięcy. Ankieta jest anonimowa i dobrowolna.**

### 1. Metryczka

Proszę zakreślić odpowiednie odpowiedzi. Dane te posłużą do analizy satysfakcji w poszczególnych grupach i nie będą ujawniane nikomu poza osobę opracowującą/weryfikującą ankietę. Jeżeli nie chce Pan (i) wypełnić całej metryczki, proszę odpowiedzieć na tak wiele pytań, jak to tylko możliwe.

| a) Płeć:  |                          | Wiek:          |                          |
|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| kobieta   | <input type="checkbox"/> | do 35 lat      | <input type="checkbox"/> |
|           |                          | 35 – 45 lat    | <input type="checkbox"/> |
| mężczyzna | <input type="checkbox"/> | 45 – 60 lat    | <input type="checkbox"/> |
|           |                          | powyżej 60 lat | <input type="checkbox"/> |

| Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:  |                                    |  |                                     |  |                                   | Uwagi |
|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|
| Czy wizyta Pana/Pani w naszej przychodni odbywa się z poszanowaniem godności osobistej?                     | <input type="checkbox"/><br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>prawie<br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>czasami | <input type="checkbox"/><br>okazjonalnie | <input type="checkbox"/><br>nigdy |       |
| Czy wizyta Pana/Pani u lekarza odbywa się z zachowaniem zasad intymności?                                   | <input type="checkbox"/><br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>prawie<br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>czasami | <input type="checkbox"/><br>okazjonalnie | <input type="checkbox"/><br>nigdy |       |
| Czy obecność osób trzecich (np. stażysty) podczas wizyty u lekarza ma miejsce po uzyskaniu Pana/Pani zgody? | <input type="checkbox"/><br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>prawie<br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>czasami | <input type="checkbox"/><br>okazjonalnie | <input type="checkbox"/><br>nigdy |       |
| Czy Pan/Pani uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia podczas wizyty lekarskiej?               | <input type="checkbox"/><br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>prawie<br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>czasami | <input type="checkbox"/><br>okazjonalnie | <input type="checkbox"/><br>nigdy |       |
| Czy może Pan/Pani uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego zdrowia?                          | <input type="checkbox"/><br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>prawie<br>zawsze | <input type="checkbox"/><br>czasami | <input type="checkbox"/><br>okazjonalnie | <input type="checkbox"/><br>nigdy |       |

### 1. Ile razy w miesiącu korzysta Pani / Pan z wizyty w naszej przychodni?

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| rzadziej niż 1 raz w roku<br><input type="checkbox"/> | 1-2 razy w roku<br><input type="checkbox"/> | 3-6 razy w roku<br><input type="checkbox"/> | 1 raz w miesiącu<br><input type="checkbox"/> | 2-4 razy w miesiącu<br><input type="checkbox"/> | więcej niż 4 razy w miesiącu<br><input type="checkbox"/> |
|---|---|---|--|---|--|

### Uwagi inne:

.....  
 .....

### ODPOWIEDZI UDZIELAŁ:

|                   |                          |                         |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Pacjent osobiście | <input type="checkbox"/> | Rodzic / opiekun prawny | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.