

## BADANIE SATYSFAKCJI PACJENTÓW

Szanowna Pani, Szanowny Panie

Kierownictwo Przychodni „Lekarz Domowy” Pieszko S.J. w Bolesławcu pragnie poznać Państwa opinię na temat oferowanych usług medycznych.

Informacje, które zyskamy będą służyć korygowaniu niedociągnięć i wyjściu naprzeciw Państwa oczekiwaniom i potrzebom.

Ankieta jest anonimowa.

Będziemy Państwu wdzięczni za udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Wybraną przez siebie odpowiedź proszę oznaczyć krzyżykiem (x).

### 1. REJESTRACJA

Jak Pan/Pani ocenia?

#### a) Uprzejmość rejestraterek

ocena bardzo dobra

ocena bardzo zła

ocena dobra

ocena zła

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

#### b) Informacje uzyskane od rejestraterek

ocena bardzo dobra

ocena bardzo zła

ocena dobra

ocena zła

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

**c) Dostępność rejestracji przez telefon**

- ocena bardzo dobra  
 ocena dobra

- ocena bardzo zła  
 ocena zła

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

**2. LEKARZE, PIEŁĘGNIARKI**

Jak Pan/Pani ocenia?

**a) Uprzejmość lekarzy, pielęgniarek**

- ocena bardzo dobra  
 ocena dobra

- ocena bardzo zła  
 ocena zła

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

**b) Punktualność lekarzy, pielęgniarek**

- ocena bardzo dobra  
 ocena dobra

- ocena bardzo zła  
 ocena zła

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

**c) Informacje na temat sposobu leczenia**

- ocena bardzo dobra  
 ocena dobra

- ocena bardzo zła  
 ocena zła

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

**d) Czas oczekiwania na wejście do lekarza przed gabinetem**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ocena bardzo dobra (10 min.) | <input type="checkbox"/> ocena przeciętna (30-40min.) |
| <input type="checkbox"/> ocena dobra (10-20 min.)     | <input type="checkbox"/> ocena zła (pow.1 godz.)      |

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

Jak ocenia Pan/Pani ogółem Przychodnię Lekarz Domowy:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ocena bardzo dobra | <input type="checkbox"/> ocena bardzo zła |
| <input type="checkbox"/> ocena dobra        | <input type="checkbox"/> ocena zła        |

Bardzo proszę uzasadnić swoją ocenę:

.....  
.....

**Jakie zmiany chciał(a)by Pani/Pan wprowadzić w naszej placówce?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dziękujemy za opinię