SIGMA MEDIC
CENTRUM MEDYCZNE

# Ankieta badania doświadczeń i opinii pacjenta dla POZ

## Wizyta domowa

Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 11 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut.

Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

**O01: W jaki sposób zapisałeś się do poradni?**

☐ w placówce ☐ telefonicznie ☐ email ☐ elektronicznie przez stronę placówki

**A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę domową?**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego?**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**B02: Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne? (Proszę pominąć, jeśli nie dotyczy).**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**B05: Jak oceniasz dostępność opieki pielęgniarskiej/położnej w ramach wizyty domowej, w sytuacji gdy jest ona konieczna? (Proszę pominąć, jeśli nie dotyczy).**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**E01: Jak oceniasz respektowanie praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb przez personel medyczny?**

Bardzo ŹLE ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Bardzo DOBRZE

**F01: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?**

Zdecydowanie NIE POLECAM ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Zdecydowanie POLECAM

G01: Płeć pacjenta: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta: ☐ Poniżej 18 lat ☐ 18-39 lat ☐ 40-59 lat ☐ 60-79 lat ☐ 80 lat lub więcej

U01: Uwagi: