

**Szanowni Państwo !**

Celem „TRES-MED” Sp. z o.o. jest zagwarantowanie wszystkim Pacjentom bezpieczeństwa i najwyższej jakości usług medycznych. Uzyskane za pośrednictwem niniejszej ankiety informacje posłużą nam do udoskonalenia naszej działalności i podniesienia standardu świadczonych przez nas usług medycznych. Pragniemy aby nasi Pacjenci byli zadowoleni i mieli gwarancję, że oddają się w ręce Najlepszych Specjalistów. 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"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
Czy wizyta Pana/Pani u lekarza odbywa się z zachowaniem zasad prywatności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
Czy obecność osób trzecich podczas wizyty u lekarza ma miejsce po uzyskaniu Pana/Pani zgody?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
Czy Pan/Pani uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia podczas wizyty lekarskiej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
Czy może Pan/Pani uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego leczenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
Czy personel Rejestracji spełnia Państwa oczekiwania?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
Czy w trakcie badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## Ankieta badania satysfakcji pacjenta

Strona 2 z 2

Data wydania:  
04.05.2021

<i>lekarz słuchał Pana/Panią uważnie?</i>	TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	NI E	
<i>Czy w trakcie badania lekarz poinstruował Pana/Panią co do dalszego leczenia?</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
<i>Czy ocenia Pan/Pani dobrze stosunek lekarzy do pacjentów?</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
<i>Czy ocenia Pan/Pani dobrze uprzejmość pielęgniarek i położnych ?</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
<i>Czy ocenia Pan/Pani dobrze organizację naszej poradni?</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
<i>Czy ocenia Pan/Pani dobrze warunki lokalowe i wyposażenie w sprzęt medyczny?</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	
<i>Czy poleciliby Pan/Pani naszą poradnię innym pacjentom?</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK	<input type="checkbox"/> TRUDNO POWIEDZIEĆ	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE	<input type="checkbox"/> NI E	

### 1. Jak często korzysta Pani / Pan z usług w naszej przychodni?

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

### Uwagi inne:

.....  
.....

### ODPOWIEDZI UDZIELAŁ:

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

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**