**Załącznik nr 4** do Procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych powstałych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych
w Centrum Medycznym Multimed Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.

**ANONIMOWA ANKIETA BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTA Z USŁUG ŚWIADCZONYCH
W CENTRUM MEDYCZNYM MULTIMED TADEUSZ JUCYK SP. Z O.O.**

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna. Dziękujemy!

1. Płeć pacjenta

 Kobieta  Mężczyzna

2. Wiek pacjenta:

 Poniżej 18 lat  18-39 lat  40-59 lat  60-79 lat  80 lat lub więcej

3. Poradnia, której ankieta dotyczy:

 alergologiczna  alergologiczna dla dzieci  diabetologiczna  endokrynologiczna

 położniczo-ginekologiczna  hepatologiczna  kardiologiczna  kardiologiczna dla dzieci

 otorynolaryngologiczna  otorynolaryngologiczna dla dzieci  logopedyczna  neurologiczna

 nefrologiczna  reumatologiczna  urologiczna  psychologiczna

 psychologiczna dla dzieci  leczenia uzależnień

4. W jaki sposób zapisała/ł się Pani/Pan do poradni?

 w placówce  telefonicznie  elektronicznie (e-mail)

5. Jak Pani/Pan ocenia łatwość zapisania się na wizytę?

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

6. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie pracowników rejestracji?

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

7. Jak Pani/Pan ocenia terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

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

8. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie lekarza w rozwiązanie Pani/Pana problemu zdrowotnego?

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

9. Jak Pani/Pan ocenia zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących stanu zdrowia, przebiegu choroby, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

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

10. Jak Pani/Pan ocenia wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

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

11. Jak Pani/Pan ocenia czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni?

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

12. Jak Pani/Pan ocenia respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień
i potrzeb?

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

13. Jakie jest prawdopodobieństwo, że poleci Pani/Pan naszą placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Zdecydowanie

 polecam nie polecam

Uwagi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….