



Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki (opieka pediatryczna). Formularz zawiera jedynie 15 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.



Nasza skala: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**O01: W jaki sposób zapisałeś dziecko na wizytę?**

w placówce  telefonicznie  email  elektronicznie przez stronę placówki

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

Bardzo źle  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo dobrze

**A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?**

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 dziecka?**

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

**B03: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów zdrowotnych, wykonania bilansów okresowych i szczepień ochronnych?**

Bardzo źle  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo dobrze

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

Bardzo źle  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo dobrze

**C02: Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza i pozostały personel medyczny potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji?**

Bardzo źle  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo dobrze

**D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowania placówki do potrzeb dziecka)?**

Bardzo źle  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Bardzo dobrze

**D02: Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni, w kącie dla małego pacjenta?**

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 dziecka 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 roku  1-3 lat  4-6 lat  7-14 lat  15-18 lat

U01: Uwagi:

