



Ankieta badania opinii i doświadczeń pacjenta dla POZ - teleporada

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki.

Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki (teleporada). Formularz zawiera jedynie 13 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

NASZA SKALA:

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

O01: W jaki sposób zapisałeś dziecko na wizytę?

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

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na teleporadę?

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

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji podczas ustalania terminu teleporady?

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

A03: Jak oceniasz terminowość realizacji teleporady (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 teleporady 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?

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

(proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

B03: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów profilaktycznych, szczepień ochronnych, wykonania badań okresowych lub zmiany nawyków na zdrowsze?

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

B04: W sytuacji – gdy w trakcie teleporady nie jest możliwe rozwiązanie problemu zdrowotnego, z którym się zgłosiłeś – jak oceniasz zapewnienie dostępności do skorzystania z wizyty stacjonarnej?

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 Powyżej 80 lat

U01: UWAGI:

[illegible]