

ANKIETA SATYSFAKCJI DLA OPIEKI AMBULATORYJNEJ GINEKOLOGICZNEJ

Z uwagi na to, że Pani opinia jest dla nas ważna oraz dążąc do poprawy jakości obsługi pacjenta prosimy o wypełnienie ankiety. Ankieta jest całkowicie anonimowa. Wypełnienie ankiety jest dobrowolne. Może Pani pominąć pytania, na które nie chcecie odpowiadać.

Lekarz prowadzący: _____.

1. *Czy informacje dostępne na naszej stronie internetowej ułatwiają wybór lekarza prowadzącego?*
 - a) TAK
 - b) NIE
 - c) NIE KORZYSTAŁAM ZE STRONY

2. *Czy lekarz informował Panią o możliwości wykonania badań profilaktycznych (np. cytologii, mammografii)?*
 - a) TAK
 - b) NIE
 - c) NIE DOTYCZY

3. *Czy lekarz zlecał konieczne badania albo czy wyjaśniał dlaczego nie ma potrzeby zlecenia określonych badań?*
 - d) TAK
 - e) NIE
 - f) NIE DOTYCZY

4. *Czy uzyskała Pani od lekarza informację o rozpoznaniu i proponowanych metodach diagnozowania lub leczenia?*
 - a) TAK
 - b) NIE
 - c) NIE DOTYCZY

5. *Czy lekarz udzielała istotnych informacji w sposób zrozumiały?*
- a) TAK
 - b) NIE
6. *Jak Pani ocenia kontakt z lekarzem?*
- a) dobry lub bardzo dobry;
 - b) dostateczny;
 - c) do poprawy, z uwagi na _____ .
7. *Jak Pani ocenia kontakt z rejestracją przychodni?*
- a) dobry lub bardzo dobry;
 - b) dostateczny;
 - c) do poprawy z uwagi na _____ .
8. *Czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską?*
- a) TAK
 - b) NIE
 - c) NIE DOTYCZY
9. *Czy jest Pani zadowolona z całokształtu dotychczasowej opieki lekarskiej?*
- d) TAK
 - e) NIE
10. *Czy poleciliby Pani naszą przychodnię?*
- a) TAK
 - b) NIE
11. *Czy poleciliby Pani lekarza prowadzącego?*
- a) TAK
 - b) NIE

12. Co moglibyśmy poprawić? Będziemy wdzięczni za wszelkie sugestie.
