

**ANKIETA SATYSFAKCJI DLA OPIEKI AMBULATORYJNEJ
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEJ**

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.

Osoba prowadząca ciążę: _____.

1. *Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)?*
 - a) TAK
 - b) NIE

2. *Czy przy pierwszej wizycie osoba prowadząca ciążę uzgodniła z Panią plan opieki nad Panią i dzieckiem?*
 - a) TAK
 - b) NIE

3. *Czy miała Pani regularnie zlecane przez osobę prowadzącą ciążę wykonywanie badań diagnostycznych w ciąży (badania laboratoryjne, USG, KTG)?*
 - a) TAK
 - b) NIE

4. *Czy uzyskała Pani od osoby prowadzącej ciążę informacje na temat porodu i przygotowania do niego?*
 - a) TAK
 - b) NIE

5. *Czy uzyskała Pani od osoby prowadzącej ciążę informacje na temat: higieny poporodowej, pielęgnacji noworodka i karmienia piersią?*
 - a) TAK
 - b) NIE

6. *Czy osoba prowadząca ciążę udzielała istotnych informacji w sposób zrozumiały?*
- a) TAK
 - b) NIE
7. *Jak Pani ocenia kontakt z osobą prowadzącą ciążę w trakcie wizyt?*
- a) dobry lub bardzo dobry;
 - b) dostateczny;
 - c) do poprawy, z uwagi na _____ .
8. *Jak Pani ocenia kontakt z rejestracją przychodni?*
- a) dobry lub bardzo dobry;
 - b) dostateczny;
 - c) do poprawy, z uwagi na _____ .
9. *Czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską?*
- a) TAK
 - b) NIE
 - c) NIE DOTYCZY
10. *Czy czuła się Pani bezpieczna w czasie ciąży, korzystając z usług osoby prowadzącej ciążę?*
- a) TAK
 - b) NIE
11. *Czy poleciliby Pani naszą poradnię?*
- a) TAK
 - b) NIE
12. *Czy poleciliby Pani osobę prowadzącą swoim znajomym?*
- a) TAK
 - b) NIE

13. *Co moglibyśmy poprawić? Będziemy wdzięczni za wszelkie sugestie.*
