

Szanowni Państwo!

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

Dziękuję – Dyrektor CDT

NASZA SKALA:

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

Należy zaznaczyć wybraną odpowiedź, poprzez zaznaczenie krzyżykiem „X” liczby w skali od 1 do 10, gdzie: 0 - oznacza bardzo źle, 10 - oznacza bardzo dobrze.

1. Z wizyty w której poradni Pan/i skorzystał/a?

- psychologicznej dla dzieci
- zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
- ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci
- ośrodka rehabilitacji dziennej (turnus rehabilitacyjny)

2. W jaki sposób zarejestrowała/ł się Pani/Pan do poradni?

- w placówce
- telefonicznie

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

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

4. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie pracowników rejestracji?

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

5. 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
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

6. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie lekarza podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego?

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

nie dotyczy

7. Jak Pani/Pan ocenia zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia/stanu zdrowia Twojego dziecka oraz procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

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

nie dotyczy

8. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie terapeuty podczas wizyty w rozwiązanie 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 Twojego stanu zdrowia/stanu zdrowia Twojego dziecka oraz procesu leczenia i zaleceń ?

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 salach, na korytarzach, w łazienkach?

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

12. Jak Pani/Pan ocenia 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
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

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

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

METRYCZKA

Płeć:

Kobieta Mężczyzna

Wiek:

18-39 lat 40-59 lat 60-79 lat Powyżej 80 lat

Uwagi:

.....
