

# ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PODSTAWOWĄ OPIEKĄ ZDROWOTNĄ W PORADNI ESKULAP

SZANOWNI PAŃSTWO!

PROSIMY O WYPEŁNIENIE ANKIETY, KTÓRA POZWOLI POZNAĆ PAŃSTWA OPINIE NA TEMAT USŁUG ŚWIADCZONYCH W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PORADNI ESKULAP SP. Z O. O. W OLKUSZU. INFORMUJEMY, ŻE ANKIETA JEST ANONIMOWA - PROSIMY O ZAZNACZENIE WYBRANEJ ODPOWIEDZI, GDZIE:

BARDZO DOBRZE                      DOBRZE                      PRZECIĘTNE                      ŻŁE                      BARDZO ŻŁE  
5    4    3    2    1

1. KIEDY OSTATNIO KORZYSTAŁEŚ Z USŁUG PORADNI POZ (Proszę zaznaczyć)  
W TYM MIESIĄCU                      3 MIESIĄCE TEMU                      6 MIESIĘCY TEMU                      ROK TEMU

## 2. REJESTRACJA – JAK PAN/PANI OCENIA:

TROSKA O PACJENTA W TRAKCIE REJESTRACJI	5	4	3	2	1
UPRZEJMOŚĆ OSÓB REJESTRUJĄCYCH	5	4	3	2	1
SPRAWNOŚĆ ZAŁATWIENIA SPRAW FORMALNYCH PODCZAS REJESTRACJI?	5	4	3	2	1
KOMPETENTNA INFORMACJA I JAKOŚĆ OTRZYMANÝCH INFORMACJI	5	4	3	2	1
CZAS OCZEKIWANIA DO PUNKTU REJESTRACYJNEGO	5	4	3	2	1
DOSTĘPNOŚĆ DO REJESTRACJI TELEFONICZNEJ / MOŻLIWOŚĆ POŁĄCZENIA/	5	4	3	2	1
DOSTĘPNOŚĆ DO E-REJESTRACJI POPRZECZ STRONĘ INTERNETOWĄ PORADNI	5	4	3	2	1

## 3. OPIEKA LEKARSKA - JAK PAN/PANI OCENIA:

### PORADA W GABINECIE, WIZYTA DOMOWA TELEPORADA

CZY KORZYSTAŁ PAN.PANI Z LEKARSKIEJ WIZYTY DOMOWEJ?	TAK		NIE		
JEŻELI TAK, TO CZY WIZYTA DOMOWA SIĘ ODBYŁA	TAK		NIE		
JEŻELI TAK, TO JAKA BYŁA PRZYCZYNA WEZWANIA LEKARZA DO DOMU	Opis:				
JEŚLI WIZYTA SIĘ ODBYŁA TO JAK OCENIA PAN/PANI SVOJĄ SATYSFAKCJĘ Z WIZYTY	5	4	3	2	1
JEŻELI WIZYTA SIĘ <u>NIE ODBYŁA</u> TO JAKI BYŁ TEGO POWÓD	Opis:				
JEŚLI WIZYTA DOMOWA SIĘ NIE ODBYŁA TO CZY UDZIELONO PORADY TELEFONICZNEJ?	TAK		NIE		
	Inne (opis)				
JEŻELI ZAMIAST WIZYTY DOMOWEJ UDZIELONO PORADY TELEFONICZEJ TO CZY BYŁ PAN/PANI Z NIEJ ZADOWOLONY?	5	4	3	2	1
CZY TELEPORADA ODBYŁASIE O UMÓWIONEJ GODZINIE?	TAK		NIE		
CZY JEŻELI TELEPORADA NIE ROZWIĄZAŁA W PEŁNI PROBLEMU, ZAOFEROWANA ZOSTAŁA PACJENTOWI MOŻLIWOŚĆ UMÓWIENIA WIZYTY OSOBISTEJ?	TAK		NIE		

CZY PRZY OKAZJI WIZYTY OSOBISTEJ ZOSTAŁ/A PAN/I ZAPROSZONY DO GABINETU PRZEZ LEKARZA?	TAK		NIE		
CZY KONSULTACJA/ BADANIE,/ZABIEG ODBYŁ SIĘ O UMÓWIONEJ GODZINIE?	TAK		NIE		
CZY W PRZYPADKU OBECNOŚCI OSOBY TRZECIEJ ( STAŻYSTA, PRAKTYKANT) ZAPYTANO O ZGODĘ NA JEJ OBECNOŚĆ	TAK		NIE		
<b>OCENI SKŁADOWE WIZYTY:</b>					
POSZANOWANIE GODNOŚCI PODCZAS WIZYTY/ BADANIA LEKARSKIEGO	5	4	3	2	1
POSZANOWANIE INTYMNOŚCI PODCZAS WIZYTY/ BADANIA LEKARSKIEGO (NIESKREPOWANIE)	5	4	3	2	1
ZAINTERESOWANIE LEKARZA PACJENTEM I JEJGO PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI	5	4	3	2	1
PRZEKAZYWANIE INFORMACJI W SPOSÓB ODPOWIEDNIE ZROZUMIAŁY I WYCZERPUJĄCY	5	4	3	2	1
SPOSÓB INFORMOWANIA O PRZEBIEGU CHOROBY, SPOSOBIE LECZENIA I PROFILAKTYCE	5	4	3	2	1
ANGAŻOWANIE PACJENTA DO UDZIAŁU W DYSKUSJI O SWOIM STANIE ZDROWIA I WSPÓLDECYDOWANIE	5	4	3	2	1
OCENI UPREJMOŚĆ I ZAANGAŻOWANIE LEKARZA	5	4	3	2	1
OGÓLNA OCENA WIZYTY W GABINECIE LEKARSKIM	5	4	3	2	1

• **CZY W CZASIE WIZYTY U LEKARZA UZYSKAŁ/A PAN/PANI INFORMACJĘ NA TEMAT** (proszę podkreślić): aktualnego stanu zdrowia, sposobu leczenia, planowania zabiegów/badań, postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia/ braku poprawy, działania przepisanych leków, sposobu zażywania leków, akcji profilaktycznych, szczepień obowiązkowych i zalecanych inne, jakie? .....

4. **OPIEKA PIELEGNIARSKA - JAK PAN/PANI OCENIA:**

CZY W OKRESIE OSTATNICH 3 MIESIECY KORZYSTAŁ/A PAN/I Z OPIEKI PIELEGNIARSKIEJ	TAK		NIE		
CZAS OCZEKIWANIA NA ZABIEG, BADANIE PRZED GABINETEM	5	4	3	2	1
UPREJMOŚĆ I ZAANGAŻOWANIE PIELEGNIARKI	5	4	3	2	1
PIELEGNIARKA TŁUMACZY CEL I PRZEBIEG BADANIA/ZABIEGU PRZED JEJGO WYKONANIEM	TAK		NIE		
ZAINTERESOWANIE PACJENTEM I JEJGO PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI	5	4	3	2	1
STARANNOŚĆ I SPRAWNOŚĆ WYKONYWANIA ZABIEGÓW PIELEGNIARSKICH	5	4	3	2	1
POSZANOWANIE GODNOŚCI I INTYMNOŚCI PACJENTA PODCZAS ZABIEGÓW PIELEGNIARSKICH	5	4	3	2	1

6. **PUNKT POBRAN MATERIAŁU DO BADAŃ – JAK PAN/PANI OCENIA:**

UPREJMOŚĆ I ZAANGAŻOWANIE PIELEGNIARKI	5	4	3	2	1
STARANNOŚĆ I SPRAWNOŚĆ WYKONYWANIA ZABIEGÓW PIELEGNIARSKICH	5	4	3	2	1
POSZANOWANIE GODNOŚCI I INTYMNOŚCI PACJENTA PODCZAS ZABIEGÓW PIELEGNIARSKICH	5	4	3	2	1

TERMINOWOŚĆ OTRZYMANIA WYNIKÓW	5	4	3	2	1
--------------------------------	---	---	---	---	---

**7. PRAWA PACJENTA – JAK PAN/PANI OCENIA:**

MOŻLIWOŚĆ ZAPOZNANIA SIĘ ZE SWOIMI PRAWAMI W PORADNI W PORADNI I NA STRONIE PORADNI	TAK	NIE
PORADNIA ZAPEWNIĄ OPIEKĘ Z POSZANOWANIEM GODNOŚCI OSOBISTEJ PACJENTÓW	TAK	NIE
WIZYTA/BADANIE ODBYWA SIĘ Z ZACHOWANIEM ZASAD PRYWATNOŚCI I NIESKREPOWANIA	TAK	NIE
OBECNOŚĆ OSÓB TRZECICH PODCZAS WIZYTY MA MIEJSCE PO UZYSKANIU ZGODY PACJENTA	TAK	NIE
PACJENT UZYSKUJE ZROZUMIAŁĄ INFORMACJĘ O SWOIM STANIE ZDROWIA	TAK	NIE
PACJENT MOŻE WSPÓŁUCZESTNICZYĆ W PODEJMOWANIU DECYZJI MEDYCZNYCH	TAK	NIE
PRAWA MAŁEGO PACJENTA ( DZIECKA/MAŁOLETNIEGO) SĄ PRZESTRZEGANE	TAK	NIE

**8. CZY MA PAN/I WIEDZĘ NA TEMAT:**

- MOŻLIWOŚCI I ZASAD REALIZACJI PRZEZ LEKARZA WIZYTY DOMOWEJ NIE TAK
- ISTNIENIA UPRAWNIENI SZCZEGÓLNYCH U PACJENTÓW np.: bezpłatne leki NIE TAK
- UZYSKANIA TELEPORADY NIE TAK
- OTRZYMANIA E-ZWOLNIEŃ, E-RECEPTY, E-SKIEROWANIA NIE TAK
- INDYWIDUALNEGO KONTA PACJENTA [www.pacjent.gov.pl](http://www.pacjent.gov.pl) NIE TAK

**9. OGÓLNA OCENA PORADNI - JAK PAN/PANI OCENIA:**

OGÓLNA OCENA PORADNI	5	4	3	2	1
GODZINY FUNKCJONOWANIA	5	4	3	2	1
WYPOSAŻENIE PORADNI	5	4	3	2	1
CZYSTOŚĆ POMIESZCZEŃ	5	4	3	2	1
OZNAKOWANIE GABINETÓW, POMIESZCZEŃ	5	4	3	2	1
DOSTĘP DO TOALET	5	4	3	2	1
CZYSTOŚĆ TOALET	5	4	3	2	1
CZYTELNOŚĆ TABLIC INFORMACYJNYCH	5	4	3	2	1
DZIAŁALNOŚĆ PROFILAKTYCZNA (AKCJE , SPOTKANIA, BADANIA PRZESIEWOWE)	5	4	3	2	1
DZIAŁALNOŚĆ PORADNI ( dostępność, możliwość kontaktu)	5	4	3	2	1

**10. CZY MIAŁ/-A PAN/PANI JAKIEKOLWIEK PROBLEMY Z NIEODPOWIEDNIM NP.: NIEUPRZEJMYM TRAKTOWANIEM PRZEZ PERSONEL PORADNI?**

NIE TAK JEŻELI TAK - PROSZĘ OPISAC PROBLEM:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. CZY POLECILABY PANI/ POLECILBY PAN NASZĄ PORADNIĘ SWOIM BLISKIM? (proszę zaznaczyć):

TAK

NIE

NIE MAM ZDANIA

12. PROPOZYCJE ZMIAN LUB WŁASNE UWAGI / SPOSTRZEŻENIA:

.....

.....

.....

.....

DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY .....

**Dane respondenta:** (proszę zaznaczyć)

**Płeć:**                    **Kobieta**    **Mężczyzna**

**Wiek:**                    **poniżej 18**    **18-30**    **31-45**    **46-60**    **powyżej 61**

**Wykształcenie:**    **podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze, średnie, wyższe**

***DZIĘKUJEMY ZA POŚWIĘCONY CZAS I UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA POWYŻSZE PYTANIA.  
POZWOLI TO NA ANALIZĘ I POPRAWĘ DZIAŁANIA SEKTORÓW, NA KTÓRE PACJENCI ZWRÓCILI UWAGĘ***