

ANKIETA ZADOWOLENIA PACJENTA

Szanowni Państwo!

Pragniemy poznać Państwa zdanie na temat jakości usług medycznych świadczonych w naszej przychodni. Ankieta jest w pełni anonimowa i służyć będzie poprawie jakości obsługi pacjentów.

1. Jak ocenia Pani/Pan pracę personelu medycznego oraz niemedycznego podczas rejestracji?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo źle

2. Jak ocenia Pani/Pan dbałość personelu o zachowanie zasad intymności i poszanowania godności pacjenta?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo źle

3. Jak ocenia Pani/Pan profesjonalizm, życzliwość i kulturę osobistą podczas udzielania świadczenia medycznego?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Źle
- Bardzo źle

4. Czy sposób realizacji usług w ZOZ nr 2 wg Pani/Pana jest zadowalający? Jeżeli nie, proszę poniżej odnotować dlaczego?

TAK

NIE

Uwagi:

5. Czy poleci Pani/Pan naszą placówkę medyczną rodzinie lub znajomym?

TAK

NIE

Państwa sugestie i opinie:

.....

.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety!!!