Załącznik nr 2 do umowy

**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA**

*SZCZEPIENIA OCHRONNE PRZECIWKO GRYPIE*

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty   
   w przychodni?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo dobrze | Dobrze | Średnio | Źle | Bardzo źle | Nie mam zdania |
| a. | *Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią* |  |  |  |  |  |  |
| b. | *Troska o pacjenta w trakcie rozmowy* |  |  |  |  |  |  |
| c. | *Sprawność obsługi* |  |  |  |  |  |  |
| d. | *Kompetentna informacja* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo dobrze | Dobrze | Średnio | Źle | Bardzo źle | Nie mam zdania |
| a. | *Stosunek do pacjenta*  *(życzliwość,* |  |  |  |  |  |  |
|  | *zaangażowanie, troska o pacjenta)* |  |  |  |  |  |  |
| b. | *Komunikatywność*  *(wyczerpujące i zrozumiałe* |  |  |  |  |  |  |
|  | *przekazywanie informacji)* |  |  |  |  |  |  |
| c. | *Zapewnianie intymności*  *pacjenta podczas wizyty* |  |  |  |  |  |  |
| d. | *Punktualność* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bardzo dobrze | Dobrze | Średnio | Źle | ardzo źle | Nie mam zdania |
| a. | *Stosunek do pacjenta*  *(życzliwość,* |  |  |  |  |  |  |
|  | *zaangażowanie, troska o pacjenta)* |  |  |  |  |  |  |
| b. | *Komunikatywność*  *(wyczerpujące i zrozumiałe* |  |  |  |  |  |  |
|  | *przekazywanie informacji)* |  |  |  |  |  |  |
| c. | *Sprawność obsługi* |  |  |  |  |  |  |
| d. | *Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem* |  |  |  |  |  |  |

1. **Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bardzo dobrze | Dobrze | Średnio | Źle | Bardzo źle | Nie mam zdania |
|  |  |  |  |  |  |

**5. Inne uwagi.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakość świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszych pacjentów.*

*Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*