

## Ankieta badania opinii i doświadczeń pacjenta dla POZ - wizyta (dziecko)

Szanowni Państwo!

Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni (opieka pediatryczna). Formularz zawiera jedynie 15 pytań, a czas wypełnienia zajmie kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Dziękujemy.

**NASZA SKALA:**

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

→

**001:** W jaki sposób zapisałeś/aś dziecko na wizytę?

w placówce  telefonicznie  email  elektronicznie przez stronę placówki

**A01:** Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

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

**A02:** Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

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

**A03:** Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

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

**B01:** Jak oceniasz zaangażowanie lekarza podczas wizyty w rozwiązanie problemu zdrowotnego dziecka?

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

**B02:** Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o ile były one konieczne? (proszę pominąć jeśli nie dotyczy)

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

**B03:** Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów zdrowotnych, wykonania bilansów okresowych i szczepień ochronnych?

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

**C01:** Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych opiekunowi dziecka informacji dotyczących stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

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

**C02:** Jak oceniasz uwzględnienie przez lekarza i pozostały personel medyczny potrzeb i możliwości percepcji dziecka w procesie komunikacji?

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

**D03:** Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące, dostosowania placówki do potrzeb dziecka)?

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

**D02:** Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni, w kącie dla małego pacjenta?

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

**E01:** Jak oceniasz respektowanie praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb dziecka przez personel medyczny?

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

**F01:** Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?

zdecydowanie NIE POLECAM 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  zdecydowanie POLECAM

**G01:** Płeć pacjenta:

**G02:** Wiek pacjenta:

Kobieta  Mężczyzna

Poniżej roku  1-3 lat  4-6 lat  7-14 lat  15-18 lat

**U01:** UWAGI