**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**„MORAWICA” w Morawicy**

 **QD-10**

**BADANIE SATYSFAKCJI PACJENTÓW**

**1. Jak ocenia Pan/Pani pracę personelu w rejestracji – kompetencje, życzliwość**

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**2. Jak ocenia Pan/Pani dostępność do rejestracji telefoniczne ?**

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**3. Jak ocenia Pan/Pani czas oczekiwania na wizytę lekarską ?**

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**4. Czy możliwe jest uzyskanie porady lekarskiej przez telefon ?**

□ Tak □ Nie □ Nie wiem

**5. Jak ocenia Pan/Pani poradę lekarską ? (informacje o chorobie, sposobie leczenia,**

 **profilaktyce)**

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**6. Czy wizyta i badanie odbyło się z zachowaniem zasad prywatności ?**

 □ Tak □ Nie

**7. Czy otrzymał/a Pan/Pani zrozumiałe i wyczerpujące informacje o swoim stanie zdrowia ?**

**□** Tak **□** Nie

**8. Jak ocenia Pan/ Pani uprzejmość i życzliwość personelu lekarskiego ?**

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**9. Jak ocenia Pan/Pani uprzejmość i życzliwość personelu pielęgniarskiego ?**

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**10. Czy w przychodni są informacje na temat praw pacjenta ?**

 □ Tak □ Nie □ Nie wiem

**11. Czy przychodnia zapewnia pacjentom opiekę z poszanowaniem ich godności osobistej ?**

 □ Tak □ Nie

12. Jak ocenia Pan/Pani warunki udzielania świadczeń w przychodni (wyposażenie w sprzęt, estetyka gabinetów , stan sanitarno – higieniczny ) ?

□ Bardzo dobrze □ Dobrze □ Przeciętnie □ źle □ Bardzo źle

**13.. Czy skorzystałby Pan/Pani ponownie z naszych usług, gdyby zaszła taka konieczność ?**

 □ Tak □ Nie

Uwagi, komentarze, sugestie : ……………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

**Kierownik NZOZ „Morawica”**

 **Lek. med. Teresa Pędzior- Ząbczyńska**