** Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej**

 ***PORADNIA REHABILITACYJNA***

 **Ankieta „Badanie satysfakcji pacjenta”**

 ***Szanowni pacjenci !***

Zachęcamy do wypełnienia poniższej ankiety dotyczącej oceny pracy Poradni Rehabilitacyjnej zgodnie z Państwa odczuciami. **Ankieta jest anonimowa**, a zebrane informacje pomogą nam w doskonaleniu jakości pracy i **podwyższeniu jakości usług medycznych**. Wypełnienie poniższej ankiety polega na zaznaczeniu wybranej odpowiedzi (wstawienie X kliknięciem w ☐) i dopisaniu własnych uwag Państwa w miejscu pozostawionym specjalnie do tego celu.

**CZĘŚĆ OGÓLNA**

**1.Płeć** **Wiek:**

[ ]  Mężczyzna [ ]  do30 lat [ ]  41-50 lat [ ]  61 – 70 lat

[ ]  Kobieta [ ]  31-40 lat [ ]  51-60 lat [ ]  powyżej 71 lat

**2. Czy jest Pani/Pan pacjentem naszej poradni :**

 [ ]  Pierwszy raz

 [ ]  Korzystałam/em wielokrotnie (więcej niż 1x)

**3. Jak ocenia Pani/Pan świadczone usługi rehabilitacyjne w naszej poradni ?**

[ ]  Bardzo dobrze, [ ]  Dobrze, [ ]  Dostatecznie, [ ]  Źle, [ ]  Bardzo źle,

**4. Jak ocenia Pani/Pan uprzejmość rejestratorek w poradni ?**

[ ]  Bardzo uprzejme, [ ]  Uprzejme, [ ]  Nieuprzejme, [ ]  Nie mam zdania,

**5. Czy informacje uzyskiwane od rejestratorek uznaje Pani/Pan za:**

 [ ]  Wyczerpujące [ ]  Niewyczerpujące [ ]  Nie mam zdania

**6. Jak ocenia Pani/Pan uprzejmość, troskliwość, zainteresowanie pacjentem przez rehabilitantów pracujących w poradni?**

[ ]  Bardzo dobrze, [ ]  Dobrze, [ ]  Dostatecznie, [ ]  Źle, [ ]  Bardzo źle, [ ]  Nie mam zdania

**7. Jak ocenia Pani /Pan sprawność wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych?**

[ ]  Bardzo dobrze, [ ]  Dobrze, [ ]  Dostatecznie, [ ]  Źle, [ ]  Bardzo źle, [ ]  Nie mam zdania

**8. Jak ocenia Pani/Pan kulturę rozmowy i jakość informacji przekazywanych Państwu**

 **przez Rehabilitantów ?**

 [ ]  Jest jasna i zrozumiała [ ]  Jest zrozumiała ale niewyczerpująca

 [ ]  Jest niewyczerpująca i mało zrozumiała [ ]  Brak jest rozmowy na ten temat

**9. Czy poinformowano Panią/Pana na czym będzie polegał zabieg rehabilitacyjny i jak należy się podczas trwania tego zabiegu zachować, na co zwrócić uwagę ?**

 [ ]  Tak, poinformowano mnie w sposób zrozumiały i wyczerpujący

 [ ]  Tak, poinformowano mnie ale niewiele z tego zrozumiałam/em

 [ ]  Nie poinformowano mnie

**10. Jak ocenia Pani/Pan uprzejmość, troskliwość, zainteresowanie pacjentem przez lekarzy pracujących w poradni**:

[ ]  Bardzo dobrze, [ ]  Dobrze, [ ]  Dostatecznie, [ ]  Źle, [ ]  Bardzo źle,

[ ]  Nie korzystałam/em z porady lekarskiej

**11. Czy poleciłaby Pani/Pan usługi naszej Poradni znajomym lub osobom potrzebującym leczenia i rehabilitacji** ?

 [ ]  Tak [ ]  Nie [ ]  Nie mam zdania

***Państwa uwagi:*** …………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………............

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

***![MCj04280910000[1]]()***

 ***Dziękujemy za wypełnienie ankiety***

 ***Personel Poradni***