

## ANKIETA

### Badanie poziomu satysfakcji pacjenta Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Ankieta jest skierowana do Pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń POZ w ostatnich 12 miesiącach.

**1. Płeć** (Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):

kobieta

mężczyzna

**2. Wiek** (Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):

Do 25 lat

26 – 40 lat

41 – 60 lat

powyżej 60 lat

**3. Wykształcenie** (Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):

podstawowe

zasadnicze

zawodowe

średnie

wyższe

**4. Status** (Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych)

osoba pracująca

osoba  
pobierająca  
zasiłek

osoba  
niepracująca

osoba na  
emeryturze,  
rencie

Inne .....

**5. Czy choruje Pani/Pan na chorobę przewlekłą?**

(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):

tak

nie

**6. Co jest dla Pani/Pana najważniejsze podczas korzystania ze świadczeń?**

(Proszę wybrać **JEDNĄ** odpowiedź z poniższych):

- uprzejmość i życzliwość osób zatrudnionych w rejestracji
- umiejętność przekazywania informacji przez pracowników rejestracji
- umiejętność przekazywania informacji przez personel medyczny
- czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia
- uprzejmość i życzliwość personelu medycznego
- profesjonalizm personelu medycznego
- warunki lokalowe
- inne:.....

**7. Jak długo zazwyczaj oczekuje Pani/Pan na wizytę do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej?** (Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):

0 dni (przyjęcie w dniu zgłoszenia)	1 -3 dni	4-7 dni	powyżej 8 dni*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*proszę napisać ile: .....

**8. Proszę ocenić dostępność do rejestracji telefonicznej (łatwość dodzwonienia się)**

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

ocena negatywna	1	2	3	4	5	Ocena bardzo dobra
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**9. Czy placówka umożliwia rejestrację przez Internet?**

(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):

tak	nie	Nie wiem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Proszę ocenić dostępność do badań (kierowanie na badania w ramach świadczeń gwarantowanych) zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:**

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

ocena negatywna	1	2	3	4	5	Ocena bardzo dobra
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**11. Proszę ocenić dostępność do uzyskania skierowania do lekarza specjalisty.**

*Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:*

	1	2	3	4	5	
ocena negatywna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocena bardzo dobra

**12. Czy honorowane są Pani/Pana szczególne uprawnienia Pacjenta – np. zasłużonego honorowego dawcy krwi, uprawnienia kombatanta?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

Nie dotyczy	Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Czy w sposób zrozumiały udzielano Pani/Panu informacji o stanie zdrowia?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Czy w sposób zrozumiały udzielano Pani/Panu informacji o trybie i sposobie leczenia?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Czy ma Pan/Pani możliwość współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji medycznych?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Czy wizyta i badanie odbywa się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Czy podczas wizyty i badania jest możliwość obecności osoby trzeciej za zgodą pacjenta?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak

nie

**18. Czy w placówce dostępna jest informacja o prawach Pacjenta?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak

nie

Nie wiem

**19. Czy w placówce respektowane są prawa Pacjenta?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak

nie

**20. Czy w placówce dostępne są informacje o programach profilaktycznych?**

*(Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych):*

tak

nie

**21. Czy ma Pani/Pan dostęp – wgląd do dokumentacji medycznej?**

tak

nie

**22. Proszę ocenić poziom zadowolenia z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):**

*Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:*

ocena negatywna	1	2	3	4	5	Ocena bardzo dobra
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**23. Uwagi Pacjentów:**

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.