**Szanowni Państwo !** *Państwa opinia jest nam niezwykle pomocna w poprawie jakości usług medycznych oraz świadczenia naszych usług zgodnie z Państwa oczekiwaniami. Przekazując Państwu niniejszą ankietę prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania w niej zawarte biorąc pod uwagę korzystanie z naszych usług w okresie ostatnich 12 miesięcy. Ankieta jest anonimowa i dobrowolna.*

|  |
| --- |
| 1. **Metryczka**

Proszę zakreślić odpowiednie odpowiedzi. Dane te posłużą do analizy satysfakcji w poszczególnych grupach i nie będą ujawniane nikomu poza osobę opracowującą/weryfikującą ankietę. Jeżeli nie chce Pan (i) wypełnić całej metryczki, proszę odpowiedzieć na tak wiele pytań, jak to tylko możliwe**.** |
| 1. **Płeć:**
 | **Wiek:** |
| kobieta | 🞏 | do 35 lat | 🞏 |
| 35 – 45 lat | 🞏 |
| mężczyzna | 🞏 | 45 – 60 lat | 🞏 |
| powyżej 60 lat | 🞏 |

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania: | ***Uwagi*** |
| *Czy wizyta Pana/Pani w naszej przychodni odbywa się z poszanowaniem godności osobistej?* | 🞏 zawsze | 🞏 prawie zawsze | 🞏 czasami | 🞏 okazjonalnie  | 🞏 nigdy  |  |
| *Czy wizyta Pana/Pani u lekarza odbywa się z zachowaniem zasad intymności?* | 🞏 zawsze | 🞏 prawie zawsze | 🞏 czasami | 🞏 okazjonalnie  | 🞏 nigdy  |  |
| *Czy obecność osób trzecich (np. stażysty) podczas wizyty u lekarza ma miejsce po uzyskaniu Pana/Pani zgody?* | 🞏 zawsze | 🞏 prawie zawsze | 🞏 czasami | 🞏 okazjonalnie  | 🞏 nigdy  |  |
| *Czy Pan/Pani uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia podczas wizyty lekarskiej?* | 🞏 zawsze | 🞏 prawie zawsze | 🞏 czasami | 🞏 okazjonalnie  | 🞏 nigdy  |  |
| *Czy może Pan/Pani uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego zdrowia?* | 🞏 zawsze | 🞏 prawie zawsze | 🞏 czasami | 🞏 okazjonalnie  | 🞏 nigdy  |  |
| 1. **Ile razy w miesiącu korzysta Pani / Pan z wizyty w naszej przychodni?**
 |
| rzadziej niż 1 raz w roku🞏 | 1-2 razy w roku🞏 | 3-6 razy w roku🞏 | 1 raz w miesiącu🞏 | 2-4 razy w miesiącu🞏 | więcej niż 4 razy w miesiącu🞏 |
| **Uwagi inne:** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **ODPOWIEDZI UDZIELAŁ:** |
| Pacjent osobiście  | 🞏 | Rodzic / opiekun prawny  | 🞏 |

 *Dziękujemy za wypełnienie ankiety.*