**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.*