

Ankieta satysfakcji pacjenta

Działu Rehabilitacji Leczniczej

w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ropczycach

Szanowni Państwo

Dziękując za zaufanie i powierzenie swojego zdrowia naszej Placówce, zwracamy się z uprzejmą prośbą o pomoc w ocenie naszej pracy poprzez wypełnienie anonimowej ankiety.

Wszystkie Państwa uwagi będą dla nas bardzo cenne, a uzyskane wyniki będą służyć poprawie poziomu naszych świadczeń.

Instrukcja: Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź

1. Jak ocenia Pani/ Pan funkcjonowanie rejestracji w Dziale Rehabilitacji?

	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
• sprawność obsługi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jakość udzielanych informacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• godziny pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• uprzejmość osoby rejestrującej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pani/Pan pracę fizjoterapeutów?

	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
• stosunek do pacjenta (komunikatywność, uprzejmość, życzliwość)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fachowość i sprawność przy wykonywaniu zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zainteresowanie pacjentem i sposób przekazywania informacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zachowanie intymności i godności osobistej pacjenta podczas zabiegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• punktualność przyjęcia na zabieg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jak ocenia Pani/Pan pracę masażystów?

	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
• stosunek do pacjenta (komunikatywność, uprzejmość, życzliwość)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fachowość i sprawność przy wykonywaniu zabiegów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zainteresowanie pacjentem i sposób przekazywania informacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zachowanie intymności i godności osobistej pacjenta podczas zabiegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• punktualność przyjęcia na zabieg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pani/Pan poziom usług rehabilitacyjnych świadczonych przez nasz dział?

	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jak ocenia Pani/Pan warunki panujące tj. komfort, czystość i higienę?

	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
• w gabinetach zabiegowych fizykoterapii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• na sali ćwiczeń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• w gabinecie masażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• w toaletach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Jak ocenia Pani/Pan dostęp i przystosowanie pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych?

	bardzo dobrze	dobrze	źle	bardzo źle
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Czy informacje na tablicach i wszelkie oznakowania są czytelne? TAK NIE
8. Czy korzystanie z naszych usług spełniło Pani/Pana oczekiwania? TAK NIE
9. Czy poleciliby/poleciłby Pani/Pan nasz dział innym osobom? TAK NIE

Co według Pani/Pana jest godne wyróżnienia w funkcjonowaniu Działu Rehabilitacji Leczniczej?

.....

.....

.....

.....

.....

Co Pani/Pana zdaniem możemy zmienić w funkcjonowaniu aby spełnić oczekiwania?

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety