

Ankieta satysfakcji pacjenta i opiekuna

z pobytu w OŚRODKU REHABILITACJI DZIEENNEJ DLA DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO
w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ropczycach

Szanowni Państwo, dziękując za zaufanie i powierzenie zdrowia Waszego dziecka 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 (gdzie 5 oznacza - bardzo dobrze; 1 - bardzo źle)

1. Jak ocenia Pani/Pan pracę rejestracji (uprzejmość osoby rejestrującej i jakość udzielonych informacji)?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pani/Pan poradę lekarską (stosunek do pacjenta i opiekuna, sposób komunikacji oraz rzetelność przekazywania informacji medycznych)?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pani/Pan współpracę fizjoterapeuty z pacjentem?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pani/Pan współpracę masażysty z pacjentem?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5. Jak ocenia Pani/ Pan dostępność do opieki psychologicznej i jakość świadczeń udzielanych przez psychologa?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

6. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do opieki logopedycznej i jakość świadczeń udzielanych przez logopedę?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

7. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do opieki pedagogicznej i jakość świadczeń udzielanych przez pedagoga?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

8. Jak ocenia Pani/ Pan działania personelu pod kątem zapewnienia Pacjentowi intymności i poszanowania jego praw?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

9. Jak ocenia Pani/Pan warunki higieniczno-sanitarne, czystość panujące w gabinetach, sali ćwiczeń i toaletach?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

10. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie sal do terapii, dostęp i przystosowanie pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych?

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

11. Czy informacje na tablicach są czytelne?

TAK NIE

12. Czy korzystanie z naszych usług spełnia Państwa oczekiwania?

TAK NIE

13. Czy polecilibyście Państwo nasz ośrodek innym osobom?

TAK NIE

Jeśli chcielibyście Państwo podzielić się z nami dodatkowymi spostrzeżeniami (kogoś lub coś wyróżnić, zmienić coś w funkcjonowaniu, aby spełnić oczekiwania?) bardzo prosimy o przekazanie nam dodatkowych uwag:

.....
.....
.....
.....
.....

Data wypełnienia ankiety

Dziękujemy za wypełnienie ankiety i poświęcony czas!