 Załącznik nr 2

 do umowy

**ANKIETA STATYSFAKCJI PACJENTA**

**SZCZEPIENIE PRZECIW GRYPIE**

(opinia odbiorców o programie)

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w trakcie wizyty w przychodni ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *A* | *Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *B* | *Troska o pacjenta w trakcie rozmowy* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *C* | *Sprawność obsługi* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *D* | *Kompetentna informacja* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie kwalifikacji i szczepienia ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *A* | *Stosunek do pacjenta*(*życzliwość, zaangażowanie,**troska o pacjenta*) | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *B* | *Komunikatywność**(wyczerpujące i zrozumiałe**przekazywanie informacji)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *C* | *Zapewnianie intymności**pacjenta podczas wizyty* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *D* | *Staranność i dokładność wykonywania badania* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie szczepienia ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *A* | *Stosunek do pacjenta**(życzliwość, zaangażowanie,**troska o pacjenta)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *B* | *Komunikatywność (wyczerpujące**i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *C* | *Sprawność i staranność wykonywania szczepienia* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |
| *D* | *Czas oczekiwania na zabieg**przed gabinetem* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* | *□* |

**4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie wizytę w przychodni ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |

**Inne uwagi**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety. Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakość świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom. Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*