**Ankieta dotycząca jakości opieki w SPZOZ w Sławkowie**

Szanowny Panie/Szanowna Pani,
W trosce o podnoszenie jakości naszych świadczeń, zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Państwa opinia jest dla nas bardzo cenna i pomoże nam w ulepszaniu opieki. Ankieta jest anonimowa, a zebrane dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów analizy. Dziękujemy za poświęcony czas.

Pytania:

1. **Ocena ogólna:** Jak ocenia Pan/Pani ogólną jakość opieki w naszej placówce? ……………………………

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Profesjonalizm personelu:**

Jak ocenia Pan/Pani profesjonalizm personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek)? ………………………………

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Komunikacja z personelem:**

Jak ocenia Pan/Pani komunikację z personelem medycznym?......................

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Czystość i higiena:**

Jak ocenia Pan/Pani czystość i higienę w naszej placówce? ……………………………

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Czas oczekiwania:** Jak ocenia Pan/Pani czas oczekiwania na wizytę/badanie?..............................

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Warunki lokalowe:**

Jak ocenia Pan/Pani warunki lokalowe w naszej placówce (poczekalnie, sale zabiegowe, toalety)? ……………

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Dostępność informacji:**

 Czy uważa Pan/Pani, że placówka zapewnia odpowiednią ilość i jakość informacji o świadczonych usługach? (Tak/Nie) ……………………………….

(OCENA 1 - Bardzo zła, 2 - Zła, 3 - Neutralna, 4 - Dobra, 5 - Bardzo dobra)

1. **Czy poleciłby Pan/Pani naszą placówkę innym osobom?** (Tak/Nie) ………………..
2. **Czy ma Pan/Pani jakieś sugestie dotyczące poprawy jakości opieki?** (Pytanie otwarte)

**…**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Prosimy o podanie ewentualnych problemów, z którymi się Pan/Pani spotkał/a podczas pobytu w naszej placówce.** (Pytanie otwarte)

**…**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informacje dodatkowe:

Płeć: (M/K), Wiek: (………………………), Powód wizyty: (……………………………)

Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Państwa opinie są dla nas bardzo cenne.