

Szanowni Państwo!

Urząd Gminy Dąbrówka pragnie poznać Państwa opinię na temat opieki zdrowotnej świadczonej w ośrodku zdrowia w Kuligowie. Informacje, które uzyskamy umożliwią nam poznanie Państwa oczekiwań i potrzeb. Będziemy Państwu wdzięczni za udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Ankieta składa się z 26 pytań oraz dodatkowego pytania otwartego. Ankieta jest anonimowa. Badanie trwa do 12.08.2024 roku. Ankieta skierowana jest do pełnoletnich pacjentów POZ w Kuligowie.

Dziękujemy za poświęcony czas!

ANONIMOWA ANKIETA - BADANIE SATYSFAKCJI PACJENTA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

Proszę ocenić poziom świadczeń w ośrodku zdrowia w Kuligowie oznaczając krzyżykiem (X) wybraną odpowiedź. Wszelkie Państwa sugestie oraz uwagi są dla nas bardzo cenne i posłużą do opracowania rozwiązań usprawniających organizację udzielania świadczeń:

1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

2. Wiek:

- 18-30 lat
- 31-45 lat
- 46-60 lat
- powyżej 60 lat

3. Miejsce zamieszkania:

- wieś
- miasto

4. Wykształcenie:

- podstawowe
- zasadnicze
- średnie
- wyższe

5. Status zawodowy:

- uczeń/student
- pracujący
- bezrobotny
- emeryt/rencista

6. Skąd dowiedział/a się Pani/Pan o ankiecie?

<input type="checkbox"/> Strona internetowa	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> Rejestracja	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Inne źródła informacji:
---	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

7. Ile razy w ciągu roku korzysta Pani/Pan z wizyty w poradni?

<input type="checkbox"/> rzadziej niż 1 raz w roku	<input type="checkbox"/> 1-3 razy w roku	<input type="checkbox"/> 4-6 razy w roku	<input type="checkbox"/> 7-12 raz w roku	<input type="checkbox"/> więcej niż 12 razy w roku
--	--	--	--	--

8. W jaki sposób najczęściej kontaktuje się Pani/Pan w celu umówienia wizyty w poradni?

<input type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> poprzez rejestrację on-line	<input type="checkbox"/> na miejscu w przychodni	<input type="checkbox"/> za pośrednictwem osób trzecich
--	--	--	---

9. Proszę ocenić poziom zadowolenia udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej? Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

- 1 ocena negatywna
- 2
- 3
- 4
- 5 ocena bardzo dobra

10. Jak długo zazwyczaj oczekuje Pani/Pan na wizytę do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej? Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- 0 dni (przyjęcie w dniu zgłoszenia)
- 1 dzień
- 2 dni
- 3 dni
- 4 - 7 dni
- powyżej 8 dni

11. Proszę ocenić dostępność do badań (tj. kierowanie na badania w ramach świadczeń gwarantowanych) zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

- 1 ocena negatywna
- 2
- 3
- 4
- 5 ocena bardzo dobra

12. Proszę ocenić dostępność do uzyskania skierowania do lekarza specjalisty (AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna). Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

- 1 ocena negatywna
- 2
- 3
- 4
- 5 ocena bardzo dobra

13. Jak ocenia Pani/Pan punktualność rozpoczęcia wizyty w przychodni?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
--	--	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---

Ocena usługi lekarza:

14. Jak Pani/Pan ocenia precyzyjność/jasność przekazywanych przez lekarza informacji na temat sposobu leczenia, profilaktyki, postępowania w razie pogorszenia stanu zdrowia?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
15. Jak Pani/Pan ocenia uprzejmość i życzliwość lekarzy?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
16. Jak Pani/Pan ocenia dostępność do wybranego lekarza?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
17. Jak ocenia Pani/Pan ilość czasu poświęconego przez lekarza?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania

Ocena usługi pielęgniarki:

18. Jak Pani/Pan ocenia poziom pielęgniarskiej opieki medycznej?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
--	--	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---

19. Jak Pani/Pan ocenia jakość informacji na temat wykonywanych czynności (na czym polega procedura, informacja o skutkach, prawie pacjenta do odmowy)?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
20. Jak Pani/Pan ocenia komunikatywność, uprzejmość, indywidualne podejście do pacjenta?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania

Ocena usługi rejestracji:

21. Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi Receptji? Możliwość połączenia telefonicznego z przychodnią.	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
22. Jak Pani/Pan ocenia postawę pracowników rejestracji wobec Pacjenta (życzliwość, zainteresowanie, zaangażowanie, gotowość do rozwiązywania problemów, uprzejmość)	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
23. Jak Pani/Pan ocenia rzetelność udzielanych informacji przez pracowników rejestracji?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania
24. Jak Pani/Pan ocenia szybkość załatwienia formalności w rejestracji?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Średnio	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Nie mam zdania

Ocena infrastruktury:

25. Czy jest Pani/Pan za poszerzeniem świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem całej powierzchni budynku uwzględniając finansowanie usług przez NFZ (np. o zakład opiekuńczo-leczniczy)?

Tak Nie Nie mam zdania

26. Czy zauważa Pani/Pan potrzebę remontu obiektu i adaptacji pomieszczeń pod nowe usługi i świadczenia zdrowotne?

Tak Nie Nie mam zdania

UWAGI i wnioski dotyczące ośrodka zdrowia, które nie zostały ujęte w ankiecie:

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.