H-T. CENTRUM MEDYCZNE

Szanowni Państwo,

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie ankiety stanowiącej kontynuację wewnętrznego programu poprawy jakości opieki medycznej. Państwa odpowiedzi pozwolą nam określić mocne i słabe strony w zakresie świadczenia usług medycznych, a następnie umożliwią podjęcie działań zmierzających do poprawy jakości usług zgodnie z Państwa oczekiwaniami. Ankieta jest w pełni anonimowa.

Płeć: Kobieta Mężczyzna
Wiek …….. lat
Data wypełnienia ankiety ……..

Prosimy o dokonanie oceny w skali 5 – 1/ 5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - źle, 1 - bardzo źle

1. Jak ocenia Pani /Pan grzeczność i uprzejmość personelu, zasady informowania o terminie wizyty i trybie przyjęcia?/ …….
2. Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie do H-T Centrum Medyczne ?/ .....
3. Jak ocenia Pani/Pan zasady informowania o sposobie przygotowania do badań, przebieg badania (czy badanie wykonane było w atmosferze szacunku, akceptacji i poszanowania godności osobistej)?/ ……
4. Jak ocenia Pani / Pan poziom opieki personelu medycznego /życzliwość, zaangażowanie, sposób informowania na temat przebiegu leczenia, rokowania? / .....
5. Jak ocenia Pani/ Pan warunki pobytu /czystość, warunki odpoczynku, wyposażenie, przystosowanie pomieszczeń w tym dla osób niepełnosprawnych ?/ .....
6. Jak ocenia Pani / Pan dostępności do informacji o prawach pacjenta, specjalistach, godzinach przyjęć, numerach telefonów w tym telefonów alarmowych ?/ .....
7. Czy Pani / Pana zdaniem placówka jest godna polecenia innym (rodzinie, znajomym) ?
TAK NIE WSTRZYMUJĘ SIĘ

8. Proszę wpisać własne propozycje, które mogłyby rozwinąć i udoskonalić funkcjonowanie H-T. Centrum Medycznego …….
……..
……
……

Jeżeli w trakcie pobytu w placówce zetknęliście się Państwo z zagadnieniem nie ujętym w ankiecie, prosimy o notatkę:
……..
……..
……..

Dziękujemy Państwu za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.

Prosimy o wysłanie wypełnionej ankiety na adres: rejestracja@htcentrum.pl