

Drugie badanie dostępności i jakości świadczeń usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w Gminie Zator - w ramach Programu Doskonalenia Jakości Usług Publicznych - wg normy ISO 9001
(ankietę można również pobrać ze strony internetowej www.zator.pl)

Szanowni Państwo

Urząd Miejski w Zatorze, zwraca się z uprzejmą prośbą o poświęcenie kilku minut na wypełnienie kwestionariusza ankiety. Niniejsze badanie jest anonimowe, a jego wyniki służyć będą ocenie dostępności i jakości podstawowych świadczeń medycznych w Gminie Zator oraz ustalenia zmian w tym zakresie od ostatniego badania przeprowadzonego w roku 2013.

Bardzo zależy nam na poznaniu opinii Mieszkańców Gminy Zator dotyczącej funkcjonowania i dostępności do podstawowej opieki medycznej na terenie naszej gminy. Każdy Państwa głos będzie cenną wskazówką służącą ocenie dostępności i jakości opieki medycznej. Prosimy Panią / Pana o ocenę poziomu opieki medycznej świadczonej przez zakład opieki zdrowotnej, wyrażoną za pomocą niniejszej ankiety.

Przy każdym pytaniu znajdują się cyfry odpowiadające określonym poziomom oceny: niski, średni i wysoki. Prosimy zakreślić lub otoczyć kółkiem tę cyfrę, która najlepiej odpowiada Pani/Pana ocenie.

Jeśli jest to możliwe, prosimy o odpowiedź na wszystkie pytania. Będziemy wdzięczni za uzupełnienie ankiety własnymi opiniami i spostrzeżeniami, nawet tymi najbardziej krytycznymi.

W celu zapewnienia pełnej anonimowości wypełnioną ankietę można składać do skrzynki znajdującej się w Urzędzie Miejskim w Zatorze - Biuro Obsługi Mieszkańca, Plac Marszałka Józefa Piłsudskiego 1.

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi poprzez postawienie w pustym polu „X”

Wiek	Poniżej 30 lat	30-50 lat	Powyżej 50 lat
Płeć	Mężczyzna	Kobieta	
Zamieszkanie	Miasto	Wieś	

Częstotliwość korzystania z usług przychodni	Więcej niż jeden raz w miesiącu	Średnio jeden raz w miesiącu	Kilkukrotnie w roku	Rzadziej jeden raz w roku
Oprócz przychodni korzystam z pomocy lekarzy specjalistów	Więcej niż jeden raz w miesiącu	Średnio jeden raz w miesiącu	Kilkukrotnie w roku	Rzadziej jeden raz w roku

LP.	OCENIANY OBSZAR	Ocena negatywna	Ocena niska	Ocena średnia	Ocena wysoka	Ocena bardzo wysoka
1.1.	Sprawność dokonywania formalności związanych z rejestracją i przyjmowaniem pacjentów w przychodni	0	1	2	3	4
1.2.	Ustalone godziny i zasady dokonywania rejestracji do lekarza	0	1	2	3	4
1.3.	Możliwość zarejestrowania się do lekarza (dostępność usługi lekarskiej)	0	1	2	3	4
1.4.	Dotrzymanie ustalonej godziny przyjęcia do lekarza lub pielęgniarki	0	1	2	3	4
1.5.	Uprzejmość, życzliwość i jakość obsługi personelu rejestracji i personelu administracyjnego	0	1	2	3	4
1.6.	Dostępność do opieki lekarskiej w godzinach popołudniowych, nocnych i świątecznych	0	1	2	3	4
1.7.	Dostępność do opieki pielęgniarskiej w godzinach popołudniowych, nocnych i świątecznych	0	1	2	3	4
1.8.	Dostępność do świadczeń lekarskich z zakresu ginekologii i położnictwa	0	1	2	3	4
1.9.	Dostępność do świadczeń lekarskich z zakresu stomatologii	0	1	2	3	4
1.10.	Otwartość na zgłaszane uwagi i skargi dotyczące funkcjonowania przychodni i zgłaszane potrzeby zmian organizacyjnych	0	1	2	3	4
2.1.	Dostępność i sprawność wykonywania badań (czas oczekiwania w kolejce, czystość, wydawanie wyników badań)	0	1	2	3	4
2.3.	Stan higieniczny i techniczny pomieszczeń medycznych, poczekalni, łazienek i toalet	0	1	2	3	4

3.1.	Uprzejmość, życzliwość i jakość obsługi przez lekarzy i personel medyczny	0	1	2	3	4
3.2.	Reakcja lekarzy na prośby i potrzeby zgłaszane przez pacjentów	0	1	2	3	4
3.3.	Otwartość lekarzy na kierowanie pacjenta na dodatkowe konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne bądź zabiegi fizjoterapeutyczne	0	1	2	3	4
3.4.	Reakcja pielęgniarek na prośby i potrzeby zgłaszane przez pacjentów	0	1	2	3	4
3.5.	Ogólna ocena fachowości opieki lekarskiej	0	1	2	3	4
3.6.	Ogólna ocena fachowości opieki pielęgniarskiej	0	1	2	3	4
3.7.	Wsparcie, wyjaśnienia i zainteresowanie potrzebami pacjenta ze strony lekarzy	0	1	2	3	4
4.1.	Udzielanie informacji i wyjaśnień o zasadach udzielania pomocy medycznej	0	1	2	3	4
4.2.	Zainteresowanie pacjentem i jego problemami	0	1	2	3	4
4.3.	Ocena wykorzystania przez lekarza możliwości diagnostycznych tj, skierowania do specjalistów, badania, porady	0	1	2	3	4
4.4.	Długość oczekiwania na wizytę lekarską domową	0	1	2	3	4
4.5.	Ocena pracy pielęgniarek środowiskowych	0	1	2	3	4
4.6.	Ocena pracy pracowników administracji przychodni	0	1	2	3	4
4.7.	Świadczenia z zakresu medycyny pracy	0	1	2	3	4
4.8.	Działalność przychodni w zakresie profilaktyki, ochrony i promocji zdrowia	0	1	2	3	4
OCENA OGÓLNA		0	1	2	3	4

NAZWA PRZYCHODNI Z USŁUG KTÓREJ PANI/PAN KORZYSTA:

.....

CZY POLECIBY/POLECIBY PANI/PAN PRZYCHODNIĘ RODZINIE LUB ZNAJOMYM? (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

▲ TAK

▼ NIE

DLACZEGO?

.....

JAKIE ZMIANY PANI/PAN PROPONUJE?

.....

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY