Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@pogotowiepruszcz.pl
www.pogotowiepruszcz.pl

**załącznik nr 4**
**do Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością**

# Ankieta satysfakcji pacjenta

**Szanowni Państwo,**

**Mając na uwadze dobro naszych pacjentów, pragniemy poznać Państwa zdanie na temat jakości usług medycznych świadczonych w naszym podmiocie leczniczym. Wszelkie sugestie oraz uwagi będą dla nas bardzo cenne i posłużą do korygowania niedociągnięć i podniesienia standardu oferowanych usług.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **W jaki sposób zapisywała się Pan/Pani na wizytę do lekarza?** | **osobiście** | **telefonicznie** | **e-mailem** |
| | | | | |

| 2 | **Jak Pan/Pani ocenia?** | **dobrze** | **źle** |
|---|---|---|---|
| | Szybkość załatwienia formalności przy rejestracji | | |
| | Jakość otrzymanych informacji | | |
| | Uprzejmość osób w rejestrujących | | |
| | Dostępność rejestracji telefonicznej | | |

| 1 | **Czy w trakcie wizyty/badania :** | **tak** | **nie** |
|---|---|---|---|
| | Zostały zachowane zasady prywatności, nieskrępowania i poszanowania godności osobistej | | |
| | Mówiono w sposób zrozumiały o stanie zdrowia | | |

| | | **krótki** | **średni** |
|---|---|---|---|
| 2 | Jak Pan/Pani ocenia czas oczekiwania na wizytę do lekarza? | | |

| 1 | **Jak Pan/Pani ocenia?** | **dobrze** | **źle** |
|---|---|---|---|
| | Wyposażenie w poczekalni | | |
| | Oznakowanie gabinetów | | |
| | Czystość w poczekalni | | |
| | Dostęp do toalet | | |
| | Dostęp do parkingu | | |

**Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety i poświęcony czas oraz przekazanie cennych opinii i informacji.**