



Szanowni Państwo !

Pragniemy poznać Państwa opinie na temat jakości usług medycznych świadczonych w poradniach NZOZ Akademickiego Centrum Stomatologii. Informacje te pozwolą nam na wdrożenie działań korygujących, warunkujących stałe podnoszenie jakości obsługi pacjenta. **Państwa satysfakcja jest dla nas bardzo ważna.**

Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza oraz zaznaczenie odpowiednich pól obok odpowiedzi zgodnej z Państwa odczuciami. Oczekujemy również na uwagi Pana(i) w miejscu pozostawionym specjalnie do tego celu. Ankieta jest anonimowa.

CZEŚĆ OGÓLNA

Płeć	Wiek	Wykształcenie
kobieta <input type="checkbox"/>	do 30 lat <input type="checkbox"/>	podstawowe <input type="checkbox"/>
mężczyzna <input type="checkbox"/>	od 31 do 50 lat <input type="checkbox"/>	zawodowe <input type="checkbox"/>
	od 51 do 65 lat <input type="checkbox"/>	średnie <input type="checkbox"/>
	powyżej 65 lat <input type="checkbox"/>	wyższe <input type="checkbox"/>

Z usług której poradni Pan(i) korzystała(a)?

Bytom

- Poradnia Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją
- Poradnia Stomatologii Wieków Rozwojowego
- Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii
- Poradnia Ogólnostomatologiczna
- Poradnia Protetyki Stomatologicznej
- Poradnia Ortodontyki

Zabrze

- Poradnia Stomatologii Zachowawczej i Chorób Przyzębia
- Poradnia Stomatologii Wieków Rozwojowego
- Poradnia Chirurgii Stomatologicznej
- Poradnia Ogólnostomatologiczna
- Poradnia Protetyki Stomatologicznej i Dysfunkcji Narządu Żucia
- Poradnia Ortodontyki

Korzystał Pan(i) ze świadczeń w ramach:

Zajęć dydaktycznych Kontraktu z NFZ Odpłatnie

CZEŚĆ SZCZEGÓŁOWA

Jak Pani/Pan ocenia poziom obsługi Pacjenta w naszej Rejestracji?

	Pozytywnie	Negatywnie
Dogodność terminu wizyty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostępność rejestracji na telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czas oczekiwania na rejestrację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zakres informacji uzyskanych w rejestracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uprzejmość i zaangażowanie rejestracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) warunki ?

	Pozytywnie	Negatywnie
Estetykę pomieszczeń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oznaczenia/informacje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warunki w poczekalni (wystarczająca przestrzeń, liczba miejsca do siedzenia, czystość)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jak Pani/Pan ocenia poziom obsługi personelu medycznego?

LEKARZ

	Pozytywnie	Negatywnie
Uprzejmość i życzliwość lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zainteresowanie pacjentem podczas badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przekazywanie informacji o planie leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostępność i dyspozycyjność lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość identyfikacji lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASYSTENTKA, HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA

	Pozytywnie	Negatywnie
Uprzejmość i życzliwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zainteresowanie pacjentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostępność i dyspozycyjność asystentki/higienistki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OGÓLNA OCENA

	Pozytywnie	Negatywnie
Jak Pan(i) ocenia usługi świadczone w naszej Poradni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UWAGI:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety !!!

Ankiety proszę wrzucić do skrzynki oznaczonej napisem ANKIETA (przy Rejestracji) lub oddać w Rejestracji.