

ANKIETA SATYSFAKCJI OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA

Z pobytu w Ośrodku Wczesnej Interwencji PSONI Koło w Mielcu.

Data wypełnienia ankiety

Grupa wiekowa pacjenta:

- ☐ Od 0 do 12 miesiąca życia
- ☐ Od 1 do 3 roku życia
- ☐ Od 3 do 7 roku życia
- ☐ Od 7 do 18 roku życia (dla pacjentów stacjonarnych OREW)

Odpowiadając na poniższe pytania prosimy wstawić znak „X” zgodnie z wybraną odpowiedzią.

1. Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na połączenie/kontakt z pracownikiem rejestracji?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

2. Jak ocenia Pani/Pan pracę rejestracji (uprzejmość osoby rejestrującej i jakość udzielonych informacji)?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

3. Jak ocenia Pani/Pan sposób planowania oraz terminowość realizacji terapii?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

4. Jak ocenia Pani/Pan poradę lekarską (stosunek do pacjenta i opiekuna, sposób komunikacji oraz rzetelność przekazywania informacji medycznych)?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

5. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do fizjoterapeuty i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

6. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do psychologa i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

7. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do logopedy i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

8. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do pedagoga i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

9. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do terapeuty zajęciowego i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

10. Jak ocenia Pani/Pan działania personelu pod kątem zapewnienia Pacjentowi intymności i poszanowania jego praw?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

11. Jak ocenia Pani/Pan warunki higieniczno-sanitarne, czystość panującą w gabinetach, salach ćwiczeń i toaletach?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

12. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie sal do terapii ?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

13. Jak ocenia Pani/Pan przystosowanie placówki dla osób niepełnosprawnych?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

14. Czy informacje na tablicy są czytelne?

☐ TAK ☐ NIE

15. Czy korzystanie z naszych usług spełnia Państwa oczekiwania?

☐ TAK ☐ NIE

16. Czy polecilibyście Państwo nasz ośrodek innym osobom?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli mają Państwo dodatkowe uwagi na temat funkcjonowania ośrodka, prosimy zamieścić je poniżej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety, prosimy o pozostawienie jej w wyznaczonym miejscu w Rejestracji.