



**Ankieta badania satysfakcji pacjenta w Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Lecznictwo ambulatoryjne**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszej anonimowej ankiety. Uzyskane informacje pozwolą podjąć działania zmierzające do poprawy jakości świadczonych usług. Przy każdym pytaniu znajdują się cyfry od 0 do 10 określające skalę oceny:

bardzo
źle



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

bardzo
dobrze



Prosimy zakreślić krzyżykiem odpowiedzi, które są zgodne z Pana/Pani odczuciami.

**Z wyrazami szacunku
Dyrekcja**

Płeć

☐

Kobieta

☐ Mężczyzna

Wiek

18-39 lat ☐

40-59 lat ☐

60-79 lat ☐

powyżej 80 lat ☐

Proszę wybrać Zakład, z którego Pan/i został/a wypisana:

Ambulatorium Chemioterapii ☐

Poliklinika ☐

Zakład Medycyny Nuklearnej ☐

Z. Diag. Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej ☐

Zakład Endoskopii ☐

Zakład Radioterapii ☐

Centrum Diag.-Lecznicze we Włocławku ☐

Zakład Radioterapii we Włocławku ☐

DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY:

W jaki sposób Pan/Pani zapisał/a się na świadczenie? ☐ osobiście ☐ Call Center (telefonicznie)

OCENA REJESTRACJI

1. Jak Pan/Pani ocenia łatwość / dostępność zapisania się na wizytę?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Jak Pan/Pani ocenia zaangażowanie pracowników rejestracji?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Jak Pan/Pani ocenia życzliwość / empatię pracowników podczas rejestracji?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Jak Pan/Pani ocenia terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OPIEKA LEKARSKA

5. Jak Pan/Pani ocenia jakość opieki lekarskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



**Ankieta badania satysfakcji pacjenta w Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Lecznictwo ambulatoryjne**

6. Jak Pan/Pani ocenia uprzejmość, życzliwość / empatię lekarza podczas wizyty?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

7. Czy w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych otrzymał/a Pan/i informację nt.:

Sposobu leczenia ☐ TAK ☐ NIE

Zaleceń ☐ TAK ☐ NIE

OPIEKA PIELĘGNIARSKA

(dotyczy tylko pacjentów, którzy podczas wizyty korzystali z usług pielęgniarskich)

8. Jak Pan/Pani ocenia reakcję personelu pielęgniarskiego na zgłoszone potrzeby/problemy zdrowotne?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

9. Jak Pan/Pani ocenia jakość opieki pielęgniarskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

10. Jak Pan/Pani ocenia sposób i zrozumiałość przekazywania informacji przez personel pielęgniarski?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

KOORDYNATOR OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

11. Czy uzyskał/a Pan/i wsparcie i pomoc ze strony koordynatora, który jest wyznaczony pacjentom w trakcie trwania leczenia?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

12. Jak Pan/i ocenia dostępność i przystępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

OGÓLNA OCENA:

13. Jak Pan/i ocenia respektowanie praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb przez personel medyczny?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

14. Jak Pan/Pani ocenia ogólnie Zakład/Poliklinikę?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

UWAGI (bez podawania danych osobowych):

Wypełnioną ankietę należy zostawić w rozmieszczonych na terenie Centrum Onkologii w Bydgoszczy punktach (skrzynki oznakowane „Badanie satysfakcji pacjenta”)

Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy z siedzibą przy ul. I. Romanowskiej 2. Szczegółowy zakres klauzuli co.bydgoszcz.pl/rodo/