



## ANKIETA PACJENT AMBULATORYJNY – ZAKŁAD RADIOTERAPII

**SZANOWNA PANI / SZANOWNY PANIE,**

**UPRZEJMIIE PROSIMY PANIĄ / PANA O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY.**

**UZYSKANE INFORMACJE POMOŻĄ NAM POPRAWIĆ JAKOŚĆ ŚWIADCZONYCH PRZEZ NAS USŁUG.**

**ANKIETA JEST CAŁKOWICIE ANONIMOWA.**

**CZĘŚĆ A ANKIETY DOTYCZY OCENY ZAKŁADU RADIOTERAPII NU-MED CDiTO, CZĘŚĆ B DOTYCZY OCENY USŁUG HOSTELOWYCH.**

**Proszę zaznaczyć na poniższej skali poziom Pani/Pana satysfakcji: (1 – najniższa ocena, 6 – najwyższa).**

Przedział wiekowy:            a) 18 – 30            b) 31 – 45            c) 46 – 60            d) 61 i więcej

Płeć:    a) KOBIEТА    b) MĘŻCZYŻNA

### A) OCENA ZAKŁADU RADIOTERAPII NU-MED CDiTO

I. Obsługa pacjenta przy rejestracji (w tym: przekazywanie informacji, udzielanie wskazówek)

1             2             3             4             5             6

                                                            

II. Czas oczekiwania na naświetlania, wizytę lekarską, zabiegi medyczne

(1 – bardzo długi czas oczekiwania, 6 – bardzo krótki czas oczekiwania)

1             2             3             4             5             6

III. Opieka medyczna pielęgniarek

1             2             3             4             5             6

IV. Opieka medyczna lekarzy

1             2             3             4             5             6

V. Opieka medyczna techników

1             2             3             4             5             6

VI. Udogodnienia dla pacjenta: poczekalnia, dostęp do napojów itp.

1             2             3             4             5             6

### B) OCENA USŁUG HOSTELOWYCH

I. Czy korzysta Pan/Pani z usług hostelowych :            a) TAK            b) NIE

II. Jeśli TAK z usług którego hostelu Pani/Pan korzysta:    a) MIRMED    b) ANDERS    c) SPALSKA ORANŻERIA

III. Jak ocenia Pani/Pan poziom świadczonych usług w hostelu (1- bardzo źle; 6- bardzo dobrze):

1             2             3             4             5             6

IV. Jak ocenia Pani/Pan posiłki wydawane w hostelu (czy są ciepłe, wydawane na czas):

1             2             3             4             5             6

V. Jak ocenia Pani/ Pan opiekę pielęgniacyjno-opiekuńczą/pielęgniarską w hostelu:

1             2             3             4             5             6

VI. Jak ocenia Pani/Pan transport

1



2



3



4



5



6



Czy jest coś co chciałaby Pani / chciałby Pan zmienić w funkcjonowaniu Centrum? Czy ma Pani / Pan propozycje, uwagi?

.....

.....

.....

.....

.....

DATA: .....

**DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY**  
**ZESPÓŁ RADIOTERAPII**