



Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego

ul. Pstrowskiego 28B, 10-602 Olsztyn
tel. 89-537-38-11, fax 89-537-38-10
www.wspr.olsztyn.pl, sekretariat@wspr.olsztyn.pl
Regon 511332933, NIP 739-29-72-605



Ankieta badania opinii pacjenta o świadczeniach zdrowotnych

INFORMACJE

Pragniemy poznać Państwa zdanie na temat jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego Olsztynie.

Niniejsza ankieta jest anonimowa, a Państwa uwagi będą cennymi wskazówkami, które zostaną uwzględnione przy wprowadzaniu zmian mających na celu udoskonalenie jakości usług medycznych udzielanych przez nasze Pogotowie.

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety oraz zaznaczenie odpowiedzi zgodnej z Państwa odczuciami i ocenami.

1. Z jakich świadczeń zdrowotnych korzystał Pan/korzystała Pani?

- Ratownictwo medyczne
- Transport sanitarny
- Zespół transportu noworodkowego
- Wyjazdowa Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

2. Jak ocenia Pan/Pani kulturę osobistą i empatię personelu udzielającego pomocy?:

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

1 – zdecydowanie źle

5 – zdecydowanie dobrze

3. Jak ocenia Pan/Pani komunikację z personelem udzielającym pomocy (informowanie o stanie zdrowia, wykonywanych procedurach, odpowiedzi na zadawane przez Pana/Panią pytania)?:

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

1 – zdecydowanie źle

5 – zdecydowanie dobrze

4. Jak ocenia Pan/Pani jakość zrealizowanego świadczenia zdrowotnego?:

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

1 – zdecydowanie źle

5 – zdecydowanie dobrze

Jeśli ocenił Pan/oceniła Pani nasze świadczenia na 1 lub 2 punkty, prosimy o krótką informację o tym, co wpłynęło na tak niską ocenę:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.