**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Przedział wiekowy**

* Poniżej 20
* 21 – 35
* 36 – 55
* 56 – 65
* Powyżej 66

**Jak ocenia Pan/i proces rejestracji Pacjenta w Przychodni?**

|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |
| Podejście do Pacjenta |  |  |  |  |
| Zrozumiałość udzielanych informacji |  |  |  |  |
| Możliwość telefonicznej rejestracji |  |  |  |  |

**Jak ocenia Pan/i przebieg wizyty w gabinecie lekarskim?**

|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dogodność terminów wizyt? |  |  |  |  |
| Czas oczekiwania przed gabinetem? |  |  |  |  |
| Czas poświęcony Pani/Panu przez lekarza? |  |  |  |  |
| Jak Pan/i ocenia, czy przekazane informacje w trakcie wizyty były zrozumiałe, wyjaśnienie sposobu leczenia? |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/i zachowanie intymności w trakcie wizyty? |  |  |  |  |

**Jak ocenia Pan/i pracę pielęgniarki/położnej?**

|  | Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprawność obsługi |  |  |  |  |
| Czas oczekiwania przed gabinetem zabiegowym? |  |  |  |  |
| Czas poświęcony przez personel? |  |  |  |  |
| Zrozumiałość udzielonych informacji? |  |  |  |  |
| Podejście do Pacjenta, komunikatywność? |  |  |  |  |

**Skąd uzyskał Pan/i informację o naszej Przychodni?**

* Z polecenia
* Z internetu
* Skierował mnie inny lekarz

**Jak często korzysta Pan/i z usług Naszej Przychodni?**

* Po raz pierwszy
* Raz w miesiącu
* Raz na kilka miesięcy
* Raz w roku
* Rzadziej niż raz w roku

**Czy poleciłby Pan/i usługi naszej Przychodni rodzinie/znajomym?**

* Tak
* Nie
* Nie mam zdania