**ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ / USŁUGI MEDYCZNE**

**Nazwa: …………………………………………………………………………….**

**Adres: …………………………………………………………………………….**

**Data wizyty: ………………………………………………………….**

Czy zakład oferuje usługi ogólne czy szczegółowe?

OGÓLNE SZCZEGÓŁOWE

Jakie usługi oferuje zakład?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy zakład jest sieciowy?

Tak Nie

- Czy wejście do budynku zakładu jest dobrze oznaczone?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy przy schodach zamontowana jest barierka do podtrzymania się oraz podjazd dla wózków?

Tak Nie ………………………………………………………………………….

- Czy istnieje łatwa do znalezienia recepcja z kompetentną obsługą?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy rejestracja przebiega sprawnie i bez dużych kolejek?

Tak Nie

- Czy łatwo jest uzyskać informację w recepcji lub w innym punkcie lub samemu zorientować się w oznaczeniach umieszczonych na ścianach/drzwiach?

Tak Nie

- Czy w przypadku, gdy jest automat na numerki jest on łatwy w obsłudze?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy w instytucji jest dystrybutor z wodą i z kubkami?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy toalety są dostępne i czy są toalety dla niepełnosprawnych?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy są miejsca do siedzenia w poczekalni i przy gabinetach?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy obsługa recepcyjna jest uprzejma, pomocna i cierpliwa?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy pielęgniarki są pomocne i uprzejme?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy lekarze są pomocni, uprzejmi, a przede wszystkim kompetentni?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy badania/konsultacje lekarskie przebiegają sprawnie i są odpowiednio pogłębione?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy, w porównaniu z innymi zakładami, na spotkania z lekarzami specjalistami lub na zabiegi czeka się stosunkowo krótko?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy są pobierane dodatkowe opłaty?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Jeśli są pobierane dodatkowe opłaty to za co?

…………………………………………………………………………………………………

- Czy występują opłaty abonamentowe?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy ewentualne opłaty abonamentowe zmieniają się na niekorzyść pacjenta wraz z wiekiem?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy jest możliwe zasięgnięcie wcześniejszej informacji telefonicznej, dzięki której lepiej można zaplanować wizytę w zakładzie?

Tak Nie …………………………………………………………………………..

- Czy zakład odznacza się jakimikolwiek innymi pozytywnymi praktykami lub rozwiązaniami?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- Co w zakładzie można by poprawić?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oceń w skali szkolnej urząd: 1 2 3 4 5 6**