

## ANKIETA OCENY JAKOŚCI W NZOZ C.U.M. „PROXIMUM” SP. Z O.O.

- |   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 1 | Jakość obsługi w Rejestracji<br>Ogólnej              | <input type="checkbox"/><br>bardzo dobra  | <input type="checkbox"/><br>dobra      | <input type="checkbox"/><br>dostateczna | <input type="checkbox"/><br>słaba        |
| 2 | Jakość obsługi lekarskiej                            | <input type="checkbox"/><br>bardzo dobra  | <input type="checkbox"/><br>dobra      | <input type="checkbox"/><br>dostateczna | <input type="checkbox"/><br>słaba        |
| 3 | Jakość obsługi w Pracowni RTG                        | <input type="checkbox"/><br>bardzo dobra  | <input type="checkbox"/><br>dobra      | <input type="checkbox"/><br>dostateczna | <input type="checkbox"/><br>słaba        |
| 4 | Jakość obsługi w Pracowni<br>Fizykoterapii           | <input type="checkbox"/><br>bardzo dobra  | <input type="checkbox"/><br>dobra      | <input type="checkbox"/><br>dostateczna | <input type="checkbox"/><br>słaba        |
| 5 | Jakość obsługi pielęgniarskiej                       | <input type="checkbox"/><br>bardzo dobra  | <input type="checkbox"/><br>dobra      | <input type="checkbox"/><br>dostateczna | <input type="checkbox"/><br>słaba        |
| 6 | Czas oczekiwania na wizytę<br>lekarską pod gabinetem | <input type="checkbox"/><br>bardzo krótki | <input type="checkbox"/><br>krótki     | <input type="checkbox"/><br>długi       | <input type="checkbox"/><br>bardzo długi |
| 7 | Czy poleciłby Pan/Pani naszą<br>placówkę znajomym    | <input type="checkbox"/><br>tak           | <input type="checkbox"/><br>raczej tak | <input type="checkbox"/><br>raczej nie  | <input type="checkbox"/><br>nie          |

8. Uwagi , wnioski, oczekiwania Pacjenta (np. co się spodobało, co można zmienić):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....